

Eevaleena Kaasinen

AUDIT-C-KYSELYN TEKEMINEN POTILAILLE
YHTEISPÄIVYSTYKSESSÄ

Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
2012

AUDIT-C-KYSELYN TEKEMINEN POTILAILLE YHTEISPÄIVYSTYKSESSÄ

Kaasinen, Eevaleena
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Kesäkuu 2012
Ohjaaja: Kuusisto, Minna
Sivumäärä: 38
Liitteitä: 3

Asiasanat: mini-interventio, päivystys, AUDIT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia, kuinka Satakunnan keskussairaalan yhteispäivystyksessä hoitotyöntekijät toteuttavat AUDIT-C-alkoholikyselyä potilaille. Tutkimuksen tavoitteena oli myös kartoittaa yhteispäivystyksen hoitotyöntekijöiden mielipiteitä koskien AUDIT-koulutusta ja selvittää, olisiko hoitotyöntekijöillä kehittämisideoita kyseisen koulutuksen sisältöön. Opinnäytetyölle oli asetettu kaksi tutkimuskysymystä; 1. Miten AUDIT-C-alkoholikyselyn tekeminen potilaille toteutuu yhteispäivystyksessä? 2. Mitä mieltä yhteispäivystyksen työntekijät ovat AUDIT-koulutuksesta ja onko heillä kehittämisideoita sen sisältöön?

Tutkimus toteutettiin käyttämällä kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeella, joka postitettiin Satakunnan keskussairaalan yhteispäivystyksessä maaliskuussa 2012 työskennelleille hoitotyöntekijöille sisäisessä postissa. Kyselyitä postitettiin maaliskuun alussa yhteispäivystykseen 103. Vastamisaikaa vastaajille annettiin kolme viikkoa. Kyselylomakkeita saatiin takaisin 50. Vastausprosentti oli 48,5. Vastausten saannin jälkeen monivalintakysymykset analysoitiin Tixel-tilastointiohjelmaa ja avoimet kysymykset sisällön analyysiä käyttäen.

Tutkimustuloksista ilmeni, että vain 16 prosenttia yhteispäivystyksessä työskentelevistä hoitotyöntekijöistä kysyy kaikilta potilailta AUDIT-C-alkoholikyselyä. Tuloksista tuli myös esille, että noin puolet vastaajista pitää AUDIT-C-kyselyä luontevana osana potilaan hoitoa sekä tehokkaana ja edullisena keinona puuttua potilaan liialliseen alkoholin käyttöön, kun taas noin puolet vastaajista kokee kyselyn turhana ja hyödyttömänä potilaiden kannalta. Lähes kaikki vastaajista tiesivät toimintatavat yhteispäivystyksessä potilaan alkoholin riskikäyttörajojen ylittyessä. Kyselystä tuli esille myös se, että lähes kaikkien vastaajien mieltävät AUDIT-C-kyselyn tekemisen sen hoitajan velvollisuudeksi, joka muiltakin osin vastaa potilaan hoidosta.

Yli puolet vastaajista kertoi, ettei ole osallistunut AUDIT-koulutukseen. Ne hoitotyöntekijät, jotka koulutukseen olivat osallistuneet, olivat tulosten perusteella pääosin koulutuksen sisältöön tyytyväisiä. Lisäksi he kokivat oppineensa toteuttamaan AUDIT-C-kyselyä käytyään koulutuksen. Kehittämisideoita AUDIT-koulutuksen sisältöön tuli esille vastauksista vain muutama. Nämä kehittämisideat vaikuttavat toteuttamiskelpoisilta ja niiden käyttöönottoa AUDIT-koulutuksessa tulee pohtia jatkossa.

MAKING AUDIT-C TO PATIENTS IN EMERGENCY DEPARTMENT

Kaasinen, Eevaleena

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in nursing

June 2012

Supervisor: Kuusisto, Minna

Number of pages: 38

Appendices: 3

Keywords: brief alcohol intervention, emergency department, AUDIT

The purpose of this thesis was to investigate how in Satakunta centre hospital in emergency department nursing personnel conduct of asking AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) from patients. The aim of the thesis was also to explore nursing personnel's opinions about AUDIT-education and ascertain nursing personnel's development ideas for AUDIT-education's content. For this thesis there were set two different research questions; 1 How does asking AUDIT from patients conduct in emergency department? 2 What is the nursing personnel's opinion about AUDIT-education and do they have any development ideas for the education's content?

This survey was conducted using quantitative research method. The research material was collected from a questionnaire which was posted in internal mail to nursing personnel working in Satakunta centre hospital's emergency department in March 2012. There were 103 questionnaires posted to emergency department in the first week of March. Respondents got three weeks for to reply. 50 questionnaires were received back. After receiving questionnaires back multiple-choice questions were analyzed by using Tixel-statistical program and the open questions were analyzed by content analysis.

Not many of nursing personnel working on emergency department is asking AUDIT from patients based on research results. Results reveals that approximately half of nursing persons considers AUDIT as a natural part of patient's treatment and as an effective and economical method to intervene in patient's heavy drinking habit while half of respondents sees AUDIT as a pointless and useless for patients' sake. Almost every respondent knew how to act when patient's alcohol consumption is hazardous. Results revealed also that almost every respondent considers asking AUDIT-C as a duty belonging to the same nurse person who is responsible for patient's treatment.

Over half of respondents told not to have took part in AUDIT-education. Those who had participated in AUDIT-education were mainly pleased to education's content based on results and they felt that they had learned how to implement AUDIT after attending in AUDIT-education. From results there arose only few development ideas for education's content. These development ideas seem feasible and in future, using these ideas as a part of AUDIT-education's content is worth of contemplating.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 KESKEISET KÄSITTEET	7
2.1 Mini-interventio.....	7
2.2 Yhteispäivystys	8
2.3 AUDIT-C-kysely	9
3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT.....	10
4 PAKKA-HANKE.....	11
5 ALKOHOLIN ONGELMAKÄYTTÖ.....	12
5.1 Riskikäyttö	12
5.2 Haitallinen alkoholin käyttö.....	13
5.3 Alkoholiiriippuvuus	13
6 ALKOHOLIN PUHEEKSI OTTAMINEN POTILAAN KANSSA	14
6.1 Potilaan haastattelu	15
6.2 Strukturoidut kyselyt haastattelun tukena.....	16
6.3 Laboratoriokokeet haastattelun tukena	16
7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	16
8 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	17
8.1 Menetelmä.....	18
8.2 Opinnäytetyön eettisyys.....	20
8.3 Opinnäytetyön luotettavuus.....	22
9 TULOKSET	23
10 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	33
LÄHTEET.....	37
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Valitsin tutkimukselleni tämän aiheen, koska se kiinnostaa itseäni ja on ajankohtainen. Halusin myös aiheen, joka on lujasti sidoksissa työelämään ja jonka tutkimista ja tuloksia olisi mahdollista hyödyntää työelämässä. Vaikka viime vuosina alkoholinkulutus ja sen aiheuttamat haitat ovat Suomessa veronkorotusten takia hieman vähentyneet, näyttäisi haittojen määrän vähentyminen nyt pysähtyneen. Poliisin tilastojen mukaan kotihälytysten, pahoinpitelyjen ja rattijuopumusten määrät vuonna 2011 ovat nousseet. Vuonna 2010 alkoholihaittoihin kuoli noin 2700 henkeä, mutta vuoden 2011 tilastot alkoholiehtoisista kuolemista ja sairaalahoitajaksoista valmistuvat vasta kuluvan vuoden lopulla. (Valviran [www-sivut](#) 2012.)

Alkoholin kulutus Suomessa on muiden Euroopan unionin maiden ohella maailman runsainta. Alkoholi on kolmanneksi suurin ennen aikaiseen kuolemaan johtava terveystekijä Suomessa tupakoinnin ja korkean verenpaineen jälkeen. (Alkoholi ja perusterveydenhuolto 2005, 4.) Alkoholiperäinen sairaus tai alkoholimyrkytys on työikäisten suomalaisten yleisin kuolinsyy (Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen [www-sivut](#) 2012).

Suomen alkoholipolitiikan yhtenä päämääränä on vähentää merkittävästi alkoholin riskikäyttöä ja riskikäytöstä johtuvia haittoja. Alkoholi aiheuttaa riippuvuutta ja se voi olla syynä noin 60 erilaiseen sairauteen ja vammaan. Näiden lisäksi alkoholi aiheuttaa sosiaalisia, mielenterveydellisiä ja henkisiä haittoja ja alkoholin käytöstä aiheutuu Suomen yhteiskunnalle mittavat kustannukset. Mini-intervention eli lyhytneuvonnan odotukset ehkäisevänä tekijänä Suomen alkoholipolitiikassa ovat kasvaneetkin hinta- ja tuontisäätelyn mahdollisuuksien kavennuttua. Alkoholin käytöstä kysyminen ja annettava mini-interventio mahdollistavat potilaiden informoinnin koskien alkoholin käytön riskejä. (Alkoholi ja perusterveydenhuolto 2005, 4.)

Varhainen puuttuminen potilaan alkoholin käyttöön ja mini-intervention tekeminen, ovat lukuisten tieteellisten tutkimusten mukaan tehokkaita keinoja vähentää perusterveydenhuollon asiakkaiden alkoholihaittoja. Mini-interventiotoimintaa kehittämällä pystytään vähentämään alkoholin käytön tuomia haittoja, ehkäisemään alkoholin

kulutuksen kasvua ja tätä kautta vähentämään terveydenhuollossa alkoholinkäytöstä koituvia kustannuksia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 9.)

Terveydenhuoltolaki velvoittaa kuntia järjestämään asukkaillaan sairaanhoitopalveluja. Sairaanhoitopalveluihin sisältyvät muun muassa sairauksien ehkäiseminen ja ohjaus, jolla tuetaan potilaan hoitoon sitoutumista ja omahoitoa sekä erityistä tukea. Lisäksi niihin kuuluvat tutkimusta ja hoitoa tarvitsevan potilaan terveysongelmien varhainen tunnistaminen, hoito ja jatkohoitoon ohjaaminen. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 24§.)

Terveydenhuoltolaki velvoittaa kuntia järjestämään asukkaillaan myös terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi tarpeellista päihdetyötä, jonka tarkoituksena on vahvistaa yksilön ja yhteisön päihteettömyyttä suojaavia tekijöitä sekä vähentää tai poistaa päihteisiin liittyviä terveyttä ja turvallisuutta vaarantavia tekijöitä. Päihdetyöhön kuuluu muun muassa potilaiden ohjaus, joka kohdistuu päihteettömyyttä suojaaviin ja sitä vaarantaviin tekijöihin sekä neuvonta päihteisiin liittyvistä terveyttä ja turvallisuutta vaarantavista tekijöistä. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 28§.)

Terveydenhuoltolaki velvoittaa sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tarjoamaan asiantuntemusta ja tukea kunnille järjestämällä koulutusta, kokoamalla hyvinvointi- ja terveysseurantatietoja sekä levittämällä kuntien käyttöön sairauksien ja ongelmien ehkäisyn näyttöön perustuvia toimintamalleja ja hyviä käytäntöjä. (Terveydenhuoltolaki 1326/2012, 36§.)

AUDIT-C-alkoholikyselyn tekeminen Satakunnan keskussairaalan yhteispäivystyksessä on Terveydenhuoltolain mukaista toimintaa, jolla voidaan konkreettisesti vaikuttaa suotuisasti potilaiden alkoholin riskikäyttöön. Opinnäytetyöni tarkoituksena oli tutkia, miten AUDIT-C-kyselyn tekeminen yhteispäivystyksessä toteutuu ja selvittää mahdollisia haasteita sen toteutumiselle. Tavoitteena opinnäytetyölläni oli myös kartoittaa yhteispäivystyksen hoitotyöntekijöiden mielipiteitä ja kehittämisideoita koskien AUDIT-koulutusta, jonka tarkoituksena on kouluttaa hoitotyöntekijät toteuttamaan potilaille AUDIT-C-kyselyä.

2 KESKEISET KÄSITTEET

2.1 Mini-interventio

Mini-interventiota eli lyhytneuvontaa tulisi antaa terveydenhuollossa tunnistetuille alkoholin riskikäyttäjille ja alkoholia liian paljon tai haitallisesti käyttäville. Mini-intervention kesto ja sisältö vaihtelevat lyhytneuvonnan tavoitteista riippuen. (Aalto 2010a, 36.) Lyhytneuvonta suhteutetaan aina potilaan tilanteeseen (Käypähoidon www-sivut 2012).

Naisille mini-interventiota tulisi antaa aina, kun päivittäiskäyttö on vähintään 20 g absoluuttista alkoholia, eli vähintään kaksi ravintola-annosta päivittäin tai kun humalajuominen on viikoittaista ja potilas nauttii vähintään viisi ravintola-annosta kerralla. Miehillä vastaavat rajat mini-intervention antamiseksi ovat 40 g absoluuttista alkoholia eli neljä ravintola-annosta päivittäin tai kun humalahakuinen juominen on viikoittaista ja kerralla nautittujen juomien määrä on vähintään seitsemän. (Käypähoidon www-sivut 2012.)

Lyhytneuvonnan pituus on lyhimmillään 5 minuuttia, mutta usein aikaa tarvitaan enemmän. Mini-interventiossa käydään läpi hoitajan tekemät havainnot potilaan alkoholin käytöstä. Jokaiselle potilaalle kerrotaan yksilöllisesti hänen alkoholinkäyttönsä haittavaikutuksista. (Käypähoidon www-sivut 2012.) Keskeisintä neuvonnassa on kuitenkin ottaa esille potilaan nauttimat alkoholin käyttömäärät ja niiden mahdollisen yhteyden potilaan oireisiin, sairauksiin ja hoitoon (Aalto 2010a, 36). Potilasta motivoidaan vähentämään hänen alkoholinkulutustaan sekä suullisesti että kirjallisin ohjein. Potilasta tuetaan kuuntelemalla ja antamalla rakentavaa palautetta. Haastattelijan motivoiva asenne on yksi mini-intervention tärkeimmistä seikoista. (Käypähoidon www-sivut 2012.)

Mini-intervention käytöstä potilaiden alkoholinkulutuksen vähentämisessä on olemassa vahva tutkimukseen perustuva näyttö. Lyhytneuvonta on yksi tutkituimmista päihdehoidoista. Lyhytneuvontaa saaneista ainakin kymmenen prosenttia riskikäyttä-

jistä siirtyy kohtuukäyttöön tai lopettaa alkoholin käytön kokonaan. (Aalto 2010a, 37.)

Mini-intervention hoitovaikutus kestää tutkimusten mukaan vuodesta kahteen vuoteen. Lyhytneuvontaa on lisäksi edullista toteuttaa ja se on myös kustannusvaikuttavaa toimintaa. Sijoittamalla siihen hieman aikaa, voidaan saada aikaan suuria säästöjä ensiapukäyntien, sairaalapäivien, liikenneonnettomuuksien ja järjestyshäiriöiden vähenemisellä. (Aalto 2010a, 37.)

2.2 Yhteispäivystys

Päivystysvalmiuden ylläpito pohjautuu Suomessa perustuslakiin kirjattuun oikeuteen elämään ja riittäviin sosiaali- ja terveystalouteen sekä moniin muihin lainkohtiin, jotka velvoittavat kunnat, erikoissairaanhoidon kuntayhtymät ja terveydenhuollon henkilöstön antamaan kiireellistä hoitoa potilaille, jotka sitä tarvitsevat. Lainkohdat eivät määrittele tarkemmin hoidon kiireellisyyttä, mutta määritelmänä päivystyksellisen hoidon tarpeelle voidaan pitää yhtä vuorokautta hoidon tarpeen ilmestymisestä tai sen tulemisesta hoitoa järjestävän toimintayksikön tietoon. (Koponen & Sillanpää 2005, 18.)

Kansanterveyslakiin ja erikoissairaanhoidolakiin tehdyt muutokset astuivat voimaan 1.3.2005. Näiden säädösten mukaan terveyskeskuksen on järjestettävä potilaalle arkin virka-aikana mahdollisuus välittömään yhteydenosaantiin joko puhelimitse tai henkilökohtaisesti hoitopaikkaan ja virka-ajan ulkopuolella potilaalle on tarjottava päivystystoimintaa. Muutoksilla haluttiin turvata hoidon saatavuus. (Koponen & Sillanpää, 2005, 19.)

Päivystystoiminta on kallista. Pyrkimys tehokkuuteen, hoidon laadun takaamiseen, terveydenhuollon palvelujärjestelmän voimavarojen asianmukaisen käyttöön ja osavien työntekijöiden saannin turvaamiseen on johtanut päivystyksen keskittämiseen. Yhteispäivystystoimintaan liittyy monia toiminnallisia ja hallinnollisia ongelmia, mutta yhteispäivystys on suomalaisiin oloihin hyvin istuva ratkaisu yleisen käsityk-

sen mukaan. Potilaan näkökulmasta palvelut yksinkertaistuvat, kun ongelma havaitaan, tutkitaan ja hoidetaan yhdessä paikassa. (Koponen & Sillanpää, 2005, 20.)

Päivystys toteutetaan yhteistyössä lähikuntien ja kaupunkien kanssa valtaosassa Suomen terveyskeskuksista, ainakin osan aikaa vuorokaudesta. Ympäri vuorokauti-
nen päivystystoiminta on vähentynyt erityisesti pienissä terveyskeskuksissa ja kun-
nissa. Yhteispäivystys virka-ajan ulkopuolella on yleensä usean eri terveyskeskuksen
yhteistä toimintaa tai terveyskeskusten ja sairaanhoitopiiriin välistä toimintaa. Yöai-
kaan tapahtuva päivystystoiminta toteutuu monin paikoin sairaanhoitopiiriin järjestä-
mänä. (Koponen & Sillanpää, 2005, 104-105.)

Porissa yhteispäivystyksen piiriin kuuluvat Satakunnan sairaanhoitopiiriin kaikki
kunnat. Satakunnan sairaanhoitopiiriin kuntien asukkaat saavat yhteispäivystyksessä
hoitoa virka-ajan ulkopuolella ja viikonloppuisin, kellonajat vaihtelevat kuntien
omista päivystyksistä ja terveyskeskusten aukioloajoista riippuen. Yhteispäivystyk-
sessä äkillisesti sairastuneen potilaan on mahdollista saada hoitoa ympärivuorokauti-
sesti, niin yleislääketieteen kuin erikoissairaanhoidonkin puolelta. (Satakunnan sai-
raanhoitopiiriin [www-sivut 2012](#).) Keskussairaalan päivystyksessä toimii virka-ajan
ulkopuolella myös sosiaalipäivystys, jonka työntekijä hoitaa sosiaaliset hätätilanteet
(Porin kaupungin [www-sivut 2012](#)).

2.3 AUDIT-C-kysely

AUDIT-kysely (LIITE 1) on Maailman terveysjärjestön WHO:n kehittämä kysely
alkoholin ongelmakäytön tunnistamiseksi perusterveydenhuollossa (Alkoholi ja pe-
rusterveydenhuolto 2005, 7). AUDIT on suositeltava menetelmä alkoholin ongelmakäytön
seulonnessa ja osana sen toteamista. AUDIT:a tekemällä voidaan tunnistaa
noin 80% alkoholin ongelmakäyttäjistä. (Aalto 2010a, 35.) AUDIT sisältää kymme-
nen kysymystä ja jokainen kysymys pisteytetään nolasta neljään ja maksimipiste-
määrä on 40 pistettä. Riskikäytön rajana käytetään useimmiten kahdeksaa pistettä.
(Aalto 2010d, 33.)

Ensiapuyksiköissä ja kiireisissä perusterveydenhuollon vastaanotoilla on ajan puutteen vuoksi käytössä lyhyempiä alkoholin ongelmakäytön tunnistamiseen tarkoitettuja ja testausvaihtoehtoja kymmenen kysymyksen AUDIT:n sijaan (Seppä & Aalto, 2009, 112). Satakunnan sairaanhoitopiirin yhteispäivystyksessä potilaille tehdään AUDIT-C-kysely, joka koostuu kolmesta ensimmäisestä AUDIT:n kysymyksestä. Kysymykset selvittävät potilaan juomisen tiheyttä, juodun alkoholin määrää ja humalajuomista. AUDIT-C:n kysymykset pisteytetään samalla tavalla kuin alkuperäisen AUDIT:n eli jokainen kysymys saa pisteitä nollasta neljään. (Aalto 2010a, 34-35.)

Riskirajana naisilla on 4 pistettä ja miehillä 5 pistettä. Mikäli riskirajat ylittyvät, tulisi potilaalle antaa mini-interventiota. Potilasta voisi myös kehottaa täyttämään koko AUDIT-kyselyn, jotta hänen alkoholinkäytöstään saataisiin enemmän tietoa. (Alkoholi ja perusterveydenhuolto 2005, 8.) AUDIT-C toiminee lähes yhtä hyvin riskikäyttäjän tunnistamisessa kuin alkuperäinen AUDIT (Aalto 2010a, 35).

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Suomi on ollut yhtenä seitsemästätoista Euroopan maasta, jotka osallistuivat PHEPA-projektiin. PHEPA-projekti on Euroopan komission ja Katalonian hallituksen terveysosaston rahoittama monikansallinen hanke, jonka tavoitteena on ollut edistää mini-interventiotoimintaa eli alkoholin suurkuluttajille suunnattua lyhytneuvontaa perusterveydenhuollossa ja näin ollen vähentää päihteiden käyttöä potilaskunnassa. (Alkoholi ja perusterveydenhuolto 2005, 3, 5.)

Suomessa lyhytneuvonnan juurruttamiseksi perusterveydenhuoltoon on pitkä historia niin tieteellisen tiedon kuin käytännön toiminnan tasolla (Alkoholi ja perusterveydenhuolto 2005, 1). Mini-interventiota on tutkittu ainakin yhdessä väitöskirjatasoisessa tutkimuksessa Suomessa ja siitä on tehty myös lukuisia erilaisia paikallisia hankkeita (Kääriäinen 2010, 3).

Sosiaali- ja terveysministeriö on rahoittanut kahta merkittävää valtakunnallista mini-interventiohanketta alkoholin haittojen ehkäisevän toiminnan aktivoimiseksi. Toinen hankkeista toteutettiin perusterveydenhuollossa (VAMP) ja toinen työterveyshuollossa. Hankkeet käynnistettiin vuonna 2004 ja niiden kesto oli neljä vuotta. Hankkeilla pyrittiin siihen, että alkoholin käytöstä kysymisestä ja mini-interventiotoinnasta tulee osa terveydenhuollon ammattilaisten rutiinitoimintaa. (Alkoholi ja perusterveydenhuolto 2005, 3.) Sosiaali- ja terveysministeriön yhtenä päämääränä perusterveydenhuollossa on mini-interventiotoinnin kehittäminen ja tätä kautta alkoholin kulutuksen kasvun ehkäisy, alkoholihaittojen vähentyminen sekä terveydenhuollon kustannusten pieneneminen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 9).

4 PAKKA-HANKE

Omaan opinnäytetyöhöni sain aiheen PAKKA-hankkeesta. PAKKA-hanke (Paikallinen alkoholipolitiikka) on Terveiden- ja hyvinvointilaitoksen laaja alkoholipolitiikan tutkimus- ja kehittämishanke, jonka tavoitteina ovat nuorten ja nuorten aikuisten alkoholin kulutuksen vähentyminen, juomisen aloitusiän siirtyminen myöhemmäksi, alueellisen ja seudullisen toiminnan organisaation kehitys ja humalajuomisen vähentyminen sekä päihdehaittojen ehkäisy. PAKKA-hankkeen kohteena on koko paikallinen väestö, ei niinkään yksilöt. (Pakka-hankkeen [www-sivut](#) 2012a.)

PAKKA-hanke on toiminut vuosina 2004-2008 Jyväskylän sekä Hämeenlinnan seutukunnissa. Seuraavina vuosina tiedon välitystä on jatkettu muille paikkakunnille. Porissa perusturvan yhteistoiminta-alueella PAKKA-hanke on aloitettu vuoden 2010 alusta. PAKKA-hankkeen toiminta pitää sisällään tehostettua valvontaa, koulutusta sekä kansalaisten, viranomaisten ja muiden toimijoiden aktivointia ja motivointia. Hankkeessa pyritään siihen, että sen järjestämästä toiminnasta tulee osa Porin ja yhteistoiminta-alueen pysyviä prosesseja. Hanke pyrkii toiminnallaan siis luomaan pysyviä ehkäisevän työn rakenteita Porin seudulle. (Pakka-hankkeen [www-sivut](#) 2012b.)

5 ALKOHOLIN ONGELMAKÄYTTÖ

Alkoholin ongelmakäytöstä puhutaan silloin, jos alkoholin juomiseen liittyy jokin haitta tai jos henkilöllä on huomattava riski saada alkoholin käytöstä johtuva haitta. Vaikka alkoholin käyttöön ei liity haittoja tai riippuvuutta, voi se olla silti liiallista. Ongelmakäyttö jaetaan kolmeen eri luokkaan: riskikäyttöön, haitalliseen käyttöön ja alkoholiriippuvuuteen. Luokkien välinen raja on liukuva, eikä luokkiin jako ole aina yksinkertaista, mutta luokat helpottavat potilaan alkoholiriskin määrittämisestä ja auttavat hoidon valinnassa. (Aalto 2010b, 8.)

Potilas ei voi kuulua moneen luokkaan kerrallaan, vaan luokat ovat toisensa poissulkevia. Siirtymistä luokasta toiseen silti luonnollisesti tapahtuu. Alkoholiriippuvuus on alkoholin ongelmakäytön muodoista haastavin. Riskikäytössä ja haitallisessa käytössä henkilö pystyy hallitsemaan juomistaan ja kykenee ehkäisemään siitä koituvia haittoja. Alkoholiriippuvainen ei pysty tähän kuin ehkä osin. (Aalto 2010b, 8.)

5.1 Riskikäyttö

Riskikäyttö aiheuttaa huomattavan vaaran saada alkoholista koituvia haittoja. Riskikäytössä ylittyvät riskikäytön rajat, mutta riskikäyttö ei aiheuta merkittäviä haittoja eikä alkoholiriippuvuutta vielä esiinny. Riskikäyttäjät pystyvät siis halutessaan vähentämään alkoholinkulutustaan, koska riippuvuutta ei vielä ole. Riskikäyttö ei ole sairaus, vaan se on käyttäytymistä, joka altistaa henkilön alkoholiriippuvuudelle, lukuisille muille alkoholista aiheutuville sairauksille ja sosiaalisille haitoille. (Aalto 2010b, 8.)

Alkoholin riskikäytön lopettamisen vaikeuteen liittyy paljon samaa kuin muihinkin elämäntapamuutoksiin. Tärkeää on, että riskikäyttäjät saa jostain tiedon juomisesta aiheutuvista riskeistä hänen terveydelleen. Lisäksi, jotta riskikäyttö vähentyisi, riskikäyttäjän tulee itse päättää vähentää juomistaan. Vaikka päätös riskikäytön vähentämisestä syntyisi, ei se kuitenkaan aina riitä. Osa riskikäyttäjistä kokee alkoholin vähentämisen toteuttamisen vaikeuden. Elämäntapamuutoksessa tarvitaan tavoitteen lisäksi välillä määrätietoista, pysyvää muutosta tukevaa keinojen etsimistä ja niiden

hyödyntämistä. Läheisten ja terveydenhuollon työntekijöiden tuki voi olla esimerkiksi jollekin keino, joka saa lopulta toivotun muutoksen aikaan. (Aalto 2010b, 9.)

5.2 Haitallinen alkoholin käyttö

Alkoholin haitallinen käyttö aiheuttaa henkilölle fyysisiä ja psyykkisiä haittoja, ja haitat ovat selvästi tunnistettavissa ja havaittavissa. Ellei henkilöllä ole vielä kehittynyt alkoholiriippuvuutta, eikä hän alkoholista aiheutuvien haittojen takia vähennä alkoholin käyttöään niin että haitta häviää, on tällöin kyse alkoholin haitallisesta käytöstä. Alkoholin käytöstä johtuvien haittojen ilmaantuminen on suhteessa juotuun alkoholiin. Mitä suurempaa alkoholin kulutus on, sitä todennäköisemmin haittoja ilmaantuu. Kuitenkin kun arvioidaan mahdollista haitallista käyttöä, alkoholin käyttö-määrillä ei ole merkitystä. Haitallisessa käytössä kysymys on vain siitä, aiheuttaako juominen haittoja ja jatkuuko alkoholin käyttö mahdollisista haitoista huolimatta. Useimmilla, joilla esiintyy juomisesta johtuvia haittoja, täyttyvät myös alkoholiriippuvuuden diagnostiset kriteerit. (Aalto 2010b, 9.)

5.3 Alkoholiriippuvuus

Alkoholiriippuvuus on oireyhtymä. Se on luokiteltu mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden ryhmään. (Aalto 2010c, 40.) Eri yksilöillä alkoholiriippuvuuden oireet ja piirteet painottuvat eri tavoin. Tämän vuoksi kaikkiin alkoholiriippuvaisiin henkilöihin täysin sopivaa kuvausta ei voida esittää. Riippuvuus ilmenee kuitenkin aina käyttäytymisen muuttumisena. Käyttäytymisen muuttuminen on seurausta alkoholin aiheuttamista muutoksista henkilön aivoissa sekä tavassa havainnoida, ajatella ja tuntea. (Aalto, 2010c, 9.)

Alkoholiriippuvuus on usein sekä fyysistä että psyykkistä. Fyysisesti riippuvaiselle juomisen katketessa ilmaantuu vieroitusoireita. Psyykkisessä riippuvuudessa kysymys on addiktiosta alkoholiin. (Kiianmaa 2010, 25.)

Alkoholiriippuvuudelle on olemassa kuusi kriteeriä, joiden avulla riippuvuus voidaan diagnosoida. Näistä vähintään kolmen kriteerin tulee esiintyä henkilöllä yhtäaikaises-

ti vähintään kuukauden ajan tai toistuvasti viimeisen vuoden aikana. Kriteereinä riippuvuudelle ovat voimakas halu tai pakonomainen tarve käyttää alkoholia sekä juomisen aloittamisen, lopettamisen ja käytettyjen määrien kontrolloinnin selvä heikentyminen. Lisäksi juomisen vähentyessä tai sen lopetuksen yhteydessä henkilöillä esiintyy vieroitusoireita, joita ovat esimerkiksi vapina, hikoilu, pahoinvointi, sydämentykytys, korkea verenpaine, levottomuus, päänsärky ja unettomuus. Vaikeisiin vieroitusoireisiin voi liittyä näkö-, tunto- tai kuuloharhoja tai kouristuksia. Alkoholi-riippuvuudesta kärsivällä henkilöillä myös alkoholin sietokyky eli toleranssi on kasvanut. Henkilö pystyy siis juomaan isompia määriä alkoholia kerralla tai tietty alkoholimäärä tuottaa heikomman vaikutuksen kuin aiemmin. Lisäksi henkilön keskittyminen alkoholin käyttöön on niin totaalista, että muut mielihyvän lähteet ja kiinnostuksen kohteet eivät ole enää merkittäviä ja alkoholiriippuvuudesta kärsivän aika kuluu juomiseen ja sen vaikutuksista toipumiseen. Alkoholiriippuvuudesta kärsivä henkilö jatkaa alkoholinkäyttöään juomisesta aiheutuneista haitoista huolimatta. (Aalto 2010c, 40-41.)

6 ALKOHOLIN PUHEEKSI OTTAMINEN POTILAAN KANSSA

Perusterveydenhuollon tehtävänä on tunnistaa ja hoitaa potilaita, joiden terveyden alkoholin käyttö saattaa vaarantaa. Todellinen ennaltaehkäisevä lähestymistapa ongelmakäytön tunnistamiseksi tarkoittaa sitä, että kaikilta aikuispotilailta kysytään alkoholin käytöstä, myös humalajuomistavoista. (Alkoholi ja perusterveydenhuolto 2005, 4,7.)

Jos potilaan alkoholinkäytöstä ei ole terveydenhuollossa riittävää tietoa, voi hoito tai tutkimukset hänen kohdallaan vaikeutua. Kun potilas hakeutuu syystä tai toisesta terveydenhuollon palveluiden pariin, antaa hän samalla luvan kysyä terveyteensä vaikuttavista elämäntavoista. (Aalto 2010d, 32.)

Potilaan alkoholin riskikäytön tunnistaminen ja tutkiminen on vaikeaa. Hoitajan perusongelmana on, etteivät potilaat kerro todellista alkoholinkulutustaan. (Seppä &

Aalto 2009, 109.) Potilaiden tietämättömyys alkoholin osuudesta moniin oireisiin ja sairauksiin, alkoholin käyttöön liittyvä häpeä, sekä hoitohenkilökunnan kielteiset asenteet hankaloittavat luottamuksellista hoitosuhdetta ja voivat johtaa potilaan aliarvioimaan omaa alkoholin käyttöönsä. Erityisesti potilaat, joilla ei ole kehittynyt vielä alkoholiriippuvuutta aliarvioivat usein alkoholinkulutustaan. (Käypähoidon www-sivut 2012.)

Lisäksi potilaalla voi olla vaikeuksia muistaa, kuinka paljon hän on aiemmin nauttinut alkoholia (Seppä & Aalto 2009, 109). Näistä syistä johtuen alkoholin riskikäytön tunnistaminen on haasteellista. Ongelman toteamiseksi saatetaankin tarvita haastattelun apuna useita välineitä, kuten strukturoituja kyselyitä, klinistä tutkimusta ja laboratoriokokeita. (Käypähoidon www-sivut 2012.)

6.1 Potilaan haastattelu

Haastattelussa tulisi olla avoin ja kannustava ilmapiiri. Haastattelu lienee syytä aloittaa avoimella kysymyksellä, käyttääkö potilas alkoholia vai ei. Potilas saattaa kieltää alkoholin käytön kokonaan, jolloin keskustelu tyrehtyy ja näin ollen ongelman toteaminen vaikeutuu. Avoin kysymys alkoholinkäytöstä ei aina johda potilaan alkoholin riskikäytön esille tuloon, mutta se rakentaa hoitosuhdetta ja voi avartaa potilaan näkökulmaa omasta alkoholinkäytöstä. Myös jatkokysymysten teko potilaalle on tällöin helpompaa. Potilaan vapaan kertomuksen jälkeen haastattelija voi tarkentaa potilaan alkoholinkäyttöä kysymällä käytön taajuutta, kerralla juotujen alkoholiannosten määrää, humalajuomista ja alkoholilajeja, joita haastateltava nauttii. Haastattelussa lienee olla parempi johdatella potilasta arvioimaan alkoholinkäyttöään tarjoamalla pienten juomamäärien sijaan suurempia kertannoksia (Käypähoidon www-sivut 2012.)

Riskikäytön toteamisen helpottamiseksi olisi syytä kartoittaa myös muita päihteidenkäyttöön liittyviä seikkoja, kuten krapularyyppyjä, työpoissaoloja tai ongelmia perhepiirissä. Potilaan hoidon suunnittelussa auttaa tieto hänen omasta valmiudestaan vähentää omaa päihteidenkäyttöään. Muutosvalmiutta voi tiedustella esimerkiksi kysymällä potilaalta, onko hän ajatellut vähentää juomistaan.

(Käypähoidon www-sivut 2012.)

6.2 Strukturoidut kyselyt haastattelun tukena

Haastattelun tukena voidaan käyttää strukturoituja eli rakenteellisia kyselyitä helpottamaan ja tarkentamaan haastattelua. Alkoholin riskikäytön tunnistamiseksi on käytössä kymmenen kysymyksen AUDIT, joka on ilmeisesti toimivin strukturoitu lomake. Kiireisessä ympäristössä, kuten päivystyksessä, on käytössä AUDIT-C, joka lie-
nee tehokas keino potilaan ongelmakäytön tunnistamisessa. (Käypähoidon www-sivut 2012.)

6.3 Laboratoriokokeet haastattelun tukena

Mikään laboratoriokoe ei yksistään ole todiste alkoholin ongelmakäytöstä. Syynä on se, että kaikilla alkoholia runsaasti käyttävillä henkilöillä laboratoriokokeiden arvot eivät kohoa ja osalla ihmisistä laboratoriokokeiden arvot saattavat olla koholla aivan muista syistä, kuin alkoholin käytöstä johtuen. Laboratoriokokeita suositellaankin käytettäväksi vain haastattelun ja strukturoitujen kyselyjen tukena. Laboratoriokokeista saattaa olla hyötyä potilaan neuvonnan ja hoidon seurannassa. Merkittävimmät alkoholin käytöstä kertovat laboratoriokokeet ovat hengitysilman alkoholipitoisuus, CDT eli niukkahiihihydraattinen transferriini, GT eli glutamyyli transferaasi ja MCV eli punasolujen keskitilavuus. (Aalto 2010a, 35.)

7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyöni tarkoituksena oli tutkia, miten hoitotyöntekijät yhteispäivystyksessä toteuttavat potilaille tammikuussa 2011 käyttöön otettua AUDIT-C-alkoholikyselyä. Tavoitteena työlleni oli kerätä tietoa siitä, moniko hoitotyöntekijöistä on käynyt PAKKA-hankkeen järjestämän AUDIT-koulutuksen ja miten he ovat koulutuksen kokeneet. Tavoitteena oli lisäksi kartoittaa hoitotyöntekijöiden mahdollisia

kehittämisideoita ja ajatuksia kyseisen koulutuksen sisällön parantamiseksi.

Opinnäytetyön tutkimusongelmat olivat:

1. Miten AUDIT-C:n kysyminen potilailta toteutuu yhteispäivystyksessä?
2. Mitä mieltä yhteispäivystyksen hoitotyöntekijät ovat AUDIT-koulutuksesta ja onko heillä kehittämisideoita koulutuksen sisältöön?

8 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyöni aiheen löysin syksyllä 2011 opinnäytetyötorilta, jossa eri yritykset ja organisaatiot esittelivät omia aiheitaan opiskelijoille. Opinnäytetyöni aihe on valittu PAKKA-hankkeen opinnäytetöiden aihevalikoimasta.

Valitsin tutkimukselleni tämän aiheen, koska olin aloittanut juuri viimeisen viiden viikon mittaisen harjoitteluni yhteispäivystyksessä, jonne tutkimus sijoittuisi. Aihe vaikutti mielenkiintoiselta ja saatuja tutkimustuloksia olisi mahdollista hyödyntää työelämässä. Opinnäytetyön aiheen valinnan jälkeen hankin kirjallisuutta aiheestani ja perehdyin tutkimuksen teoriaan. Tässä vaiheessa aloitin opinnäytetyöni teoriaosuuden kirjoittamisen. Seuraavaksi laadin työlleni tutkimussuunnitelman, jonka ohella tein myös kyselylomakkeen (LIITE 2), jolla keräisin tutkimukseeni tarvittavaa tietoa. Muokkasimme yhteispäivystyksen ylihoitaja Riitta Mikkosen kanssa kyselylomaketta tutkimukseeni sopivaksi ja pohdimme yhdessä vastausten keräystapaa. Ylihoitaja Riitta Mikkonen antoi myös tarkat tarvittavat tiedot tutkimussuunnitelmaani esimerkiksi hoitotyöntekijöiden määrää koskien.

Kun kyselylomakkeeni ja tutkimussuunnitelmani olivat sekä yhteispäivystyksen että koulun puolesta valmiit, sain luvan tutkimuksen tekoon yhteispäivystykseen ylihoitaja Riitta Mikkoselta ja kirjoitimme sopimuksen opinnäytetyön tekemisestä, johon sain suostumuksen myös koulumme koulutusjohtajalta Anne-Maria Kanervalta

(LIITE 3). Sopimuksen solmittuamme postitin kyselylomakkeet vastaajille. Opinnäytetyöni tutkimusjoukko koostui Satakunnan sairaanhoitopiirin yhteispäivystyksessä työskentelevistä hoitotyöntekijöistä; sairaanhoitajista, lähi- ja perushoitajista sekä lääkintävahtimestareista. Kysely postitettiin jokaiselle yhteispäivystyksessä maaliskuussa 2012 työskennelleelle hoitotyöntekijälle. Kyselyitä lähetettiin yhteensä 103 kappaletta ja vastauksia saatiin takaisin yhteensä 50. Kyselylomakkeet postitettiin maaliskuussa 2012 vastaajille yhteispäivystyksen sisäisen postin kautta omalla nimellä varustetussa kirjekuoressa.

Ennen kyselyjen postittamista olin esitestannut kyselykaavakkeen muutamilla henkilöillä, jotka olivat todenneet kyselyn selkeäksi ja helposti täytettäväksi. Tämän vuoksi kyselyn muuttamiselle ei ollut tarvetta ennen varsinaisen kyselyn teettämistä. Esitestauksen perusteella aikaa kyselyn vastaamiseen kului noin kolme minuuttia, joka oli sopiva aika vastaamiseen ajatellen yhteispäivystyksen hektistä työrytmiä.

Kyselylomakkeessa oli kymmenen kysymystä. Kyselylomakkeessa oli sekä monivalintakysymyksiä, että avoimia kysymyksiä. Kysymykset 1. ja 2. sekä 4.-9. toteutettiin määrällistä eli kvantitatiivista aineistonkeruumenetelmää käyttäen. Strukturoituihin kysymyksiin vastattiin valitsemalla yksi tai useampi vastaus annetuista 2-9 vaihtoehdosta. Kysymyksissä 3. ja 10. käytettiin puolestaan laadullista eli kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Näissä kahdessa kysymyksessä vastaajalla oli mahdollisuus antaa vastauksensa vapaasti, kirjoittaen itse omin sanoin mielipiteensä. Monivalintakysymysten vastaukset syötettiin Tixel-tilastointiohjelmaan. Kyselylomakkeen kolmannen kysymyksen käsittelin laadullisen sisällön analyysin mukaisesti. Kyselylomakkeen kymmenen kysymyksen käsittely sisällön analyysin mukaisesti olisi ollut turhaa, sillä vastauksia kysymykseen tuli vain kaksi. Tuon vastaukset esille myöhemmin opinnäytetyössäni.

8.1 Menetelmä

Kvantitatiivisella eli määrällisellä ja kvalitatiivisella eli laadullisella menetelmällä kerätään tietoa eri tavoin. Ne voivat kuitenkin täydentää toisiaan tutkimuksessa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 132.) Tässä opinnäytetyössä niitä on käytetty

rinnakkain. Rinnakkain käytettynä menetelmät antoivat tutkimukselle sekä tilastollista tietoa että avointen kysymysten vastaukset. (Hirsjärvi ym. 2007, 132.)

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskeistä on käsitteiden määrittely, johtopäätökset ja teorian aiemmista tutkimuksista ja hypoteesien eli olettamusten esille tuonti. Oleellisia asioita ovat myös tarkasti suunniteltu aineiston keruu, koehenkilöiden valinta, muuttujien muodostaminen taulukkomuotoon ja aineiston tilastointi käsiteltävässä muodossa, päätelmien ja tulosten esille tuonti havaintoaineiston tilastolliseen analysointiin perustuen. (Hirsjärvi ym. 2007, 136.)

Tässä opinnäytetyössä kvantitatiivisen tutkimuksen keskeiset piirteet ovat toteutuneet, lukuun ottamatta aiempien tutkimusten johtopäätösten ja teorioiden esille tuontia. Tämä johtuu siitä, että aiheesta ei ole saatavilla aiempia vastaavia tutkimuksia, joita voisin opinnäytetyössäni käyttää.

Kysely on yksi tapa kerätä aineistoa. Se on yksi survey-tutkimuksen keskeisistä menetelmistä. Termi survey tulee englannin kielestä ja se tarkoittaa kyselyn, haastattelun ja havainnoin tapoja, joissa aineistoa kerätään standardoidusti. Standardoitu tarkoittaa, että kaikilta vastaajilta kysytään samat kysymykset tarkalleen samalla tavalla. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 193.)

Kyselylomakkeen etuna on, että sillä voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto. Kyselylomakkeella voidaan kysyä monia asioita ja vastaajia voi olla paljon, Kyselylomake on menetelmänä tehokas, sillä se säästää tutkijan aikaa ja vaivaa. Kun lomake on huolellisesti suunniteltu, aineisto pystytään käymään läpi nopeasti, käsittelemään ja analysoimaan se nopeasti tietokoneen avulla. (Hirsjärvi ym. 2007, 190.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa keskeisiä piirteitä on tiedonhankinta, luonnollisissa ja todellisissa tilanteissa. Laadullinen tutkimus suosii ihmistä tiedon keruun lähteenä. Saatua aineistoa tarkastellaan monitahoisesti ja yksityiskohtaisesti, tutkijan tarkoituksena on paljastaa odottamattomia seikkoja. (Hirsjärvi ym. 2007, 160.) Tähän opinnäytetyöhön kvalitatiiviseksi aineiston analyysimenetelmäksi on valittu sisällönanalyysi.

Sisällön analyysi on menetelmä, jonka avulla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4). Tutkimusta varten kerätty aineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä ja sisällönanalyysin tarkoituksena on tuottaa sanallinen, selkeä ja tiivistetty kuvaus tutkittavasta ilmiöstä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 104-109). Induktiivinen eli aineistosta lähtevä analyysiprosessi koostuu kolmesta eri kokonaisuudesta: aineiston pelkistämisestä, ryhmittelystä ja abstrahoinnista eli käsitteellistämisestä. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että ryhmitellessään aineistoaan tutkija yhdistää ensin pelkistämistään ilmaisuista ne asiat, jotka tutkijan mielestä kuuluvat yhteen. Näistä ilmaisuista tutkija muodostaa kategoriat. Seuraava vaihe analyysissa on aineiston ryhmittely. Tässä vaiheessa samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaan kategoriaan ja annetaan kategorialle sen sisältöä kuvaava nimi. Analyysia jatketaan kategorioita toisiinsa yhdistämällä muodostamalla niistä yläkategorioita. Kategoriointia jatketaan niin kauan, kuin se on sisällön kannalta mahdollista ja mielekästä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4.)

Omassa työssäni käsittelin kyselylomakkeen kolmannen kysymyksen laadullisen sisällön analyysin mukaisesti. Kokosin avoimen kysymyksen vastaukset erilliselle paperille niin, että jokaisen vastanneen vastaus otettiin huomioon. Yksinkertaistin vastaukset muutamien sanan lauseisiin, joista vastausten pääkohdat ilmenivät. Tämän jälkeen kokosin vastaukset ryhmiin, joissa samat vastaukset muodostivat ryhmän. Luokitteluryhmiä muodostui vastauksista kahdeksan.

8.2 Opinnäytetyön eettisyys

Tutkijan on tutkimusta tehdessään otettava huomioon eettiset kysymykset. Eettisesti hyvän tutkimuksen kriteerit täyttävä tutkimus noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu keskeisesti, että tutkijat noudattavat yhteisiä toimintatapoja tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa, niiden esittämisessä ja tulosten arvioinnissa. Tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmien tulee olla tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia. Muiden tukijoiden aikaisemmat työt ja saavutukset otetaan huomioon omassa tutkimuksessa asianmukaisella tavalla. Tutkimuksen tulee myös olla suunniteltu, toteutettu ja raportoitu tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaan. (Hirsjärvi ym. 2007, 23-24.)

Hyvää tieteellistä käytäntöä voidaan rikkoa monin eri tavoin. Erityisesti tiedonhankintatavat ja koejärjestelyt aiheuttavat eettisiä ongelmia. Myös epärehellisyys aiheuttaa eettisiä ongelmia. Siksi sitä onkin vältettävä tutkimustyön kaikissa vaiheissa. Toisten tutkijoiden tekstiä ei tule plagioida, eikä tutkijan tule myöskään plagioida itseään tai aiempia tutkimuksiaan. Tutkija ei saa yleistää asioita kritiikittömästi ja tutkimukseen saatuja tuloksia ei keksitä eikä niitä kaunistella. Tutkijan tulee myös huolehtia tutkimuksen tulosten raportoinnista asianmukaisella tavalla sekä ottaa huomioon toisten tutkijoiden osuus tutkimuksessa. (Hirsjärvi ym. 2007, 25-26.)

Olen ottanut eettiset kysymykset työssäni huomioon tutkimuksen jokaisessa työvaiheessa. Valitsin aiheen, jonka tutkiminen olisi mahdollisimman hyödyllistä työelämän kannalta ja työstä saatuja tuloksia pystyttäisiin hyödyntämään jatkossa. Aiheen valinnan jälkeen suunnittelin tutkimustani huolellisesti, hankin mahdollisimman luotettavaa materiaalia tutkimuksessa käsiteltävistä asioista ja laadin tätä tutkimusta varten kyselylomakkeen.

Kyselylomake on suunniteltu anonyymiksi eli siinä ei kysytä vastaajan ikää, sukupuolta eikä nimeä. Joten vaikka itse työskentelen yhteispäivystyksessä, en voi erottaa vastaajia millään tavalla toisistaan. Avoimia kysymyksiä oli kyselylomakkeessa kaksi, joihin vastaajat vastasivat vapaasti, kirjoittaen omat vastuksensa kyselylomakkeeseen. Mutta yhteispäivystyksessä työskenteli maaliskuussa 103 hoitotyöntekijää, joten käsialojen erottaminen toisistaan olisi ollut mahdotonta.

Eettisyys otettiin huomioon myös kyselylomakkeiden takaisin postittamisessa. Hoitohenkilöt laittoivat vastauksensa sisäisen postin kautta allekirjoittaneelle suljetussa kuoressa. Vastaukset palautuivat sisäisen postin saapumispaikkaan yhteispäivystykseen ja ne noudettiin sieltä.

Tutkimusluvan työlleni sain yhteispäivystyksestä ylihoitaja Riitta Mikkoselta ja sen jälkeen allekirjoitimme sopimuksen opinnäytetyön tekemisestä, johon hankin myös Satakunnan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan koulutusjohtajan Anne-Maria Kanervan allekirjoituksen ja tämän jälkeen pääsin varsinaisesti aloittamaan työni.

Tutkimukseni teoriaosuuden kirjoittamisessa olen noudattanut tieteellisen tutkimuksen kriteerejä tarkasti. Olen merkinnyt lähteet tekstissäni lähdeviiteohjeiden mukaisesti. Olen myös esittänyt tutkimukseni tulokset kuten ne kyselystä ilmenivät. Tutkimustuloksia ei ole muutettu tai muokattu.

8.3 Opinnäytetyön luotettavuus

Tutkimuksessa pyritään aina välttämään virheiden syntymistä, mutta erinäisistä syistä johtuen tulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat. Tämän vuoksi kaikissa tutkimuksissa pyritään arvioimaan tehdyn tutkimuksen luotettavuutta. Luotettavuuden arvioinnissa voidaan käyttää monia erilaisia mittaus- ja tutkimustapoja. (Hirsjärvi ym. 2007, 226.)

Tutkimuksen reliaabelius tarkoittaa tulosten toistettavuutta, eli sen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Reliaabelius voidaan todeta monella tavalla. Esimerkiksi jos kaksi eri tutkijaa päätyy samanlaiseen tulokseen, voidaan tutkimuksen tulosta pitää reliaabelina. (Hirsjärvi ym. 2007, 226.)

Tutkimuksen luotettavuuden arviointiin liittyy myös käsite validius eli pätevyys. Validius tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä asiaa, mitä on tarkoituskin mitata. Ei mittarit ja menetelmät eivät aina mittaa niitä asioita, joita tutkija kuvittelee tutkivansa. Esimerkiksi kyselylomakkeisiin vastaajat ovat saattaneet käsittää kysymykset aivan toisin, kuin tutkija on ajatellut niitä laatiessaan. Jos tutkija käsittelee saatuja vastauksia edelleen alkuperäisen ajattelumallinsa mukaisesti, ei tuloksia voida pitää luotettavina ja pätevinä. (Hirsjärvi ym. 2007, 226-227.)

Tutkimuksen luotettavuutta ja pätevyyttä tulee aina arvioida jollakin tavoin, jotta tuloksia voidaan pitää tosina. Kvantitatiivisissa tutkimuksissa luotettavuutta arvioidaan useimmiten reliaabeliuksen ja validiuksen avulla. Kvalitatiivisissa tutkimuksissa luotettavuutta parantaa tutkijoiden tarkka kuvaus lukijoille siitä, mitä tutkijat ovat tutkimuksessaan tehneet ja miten he ovat päätyneet saatuihin tuloksiin. (Hirsjärvi ym. 2007, 227.)

Tämän työn luotettavuutta arvioidessa, voidaan apuna käyttää reliaabeliutta, eli samanlaisten tulosten toistumista tutkimuksessa. Monet opinnäytetyöhöni vastanneista vastasivat kyselylomakkeen kysymyksiin samalla tavalla ja monivalintakysymysten vaihtoehdot keräsivät monta samaa vastausta. Hajontaa toki oli, mutta eniten vastauksia keränneissä kohdissa vastaajia oli monta.

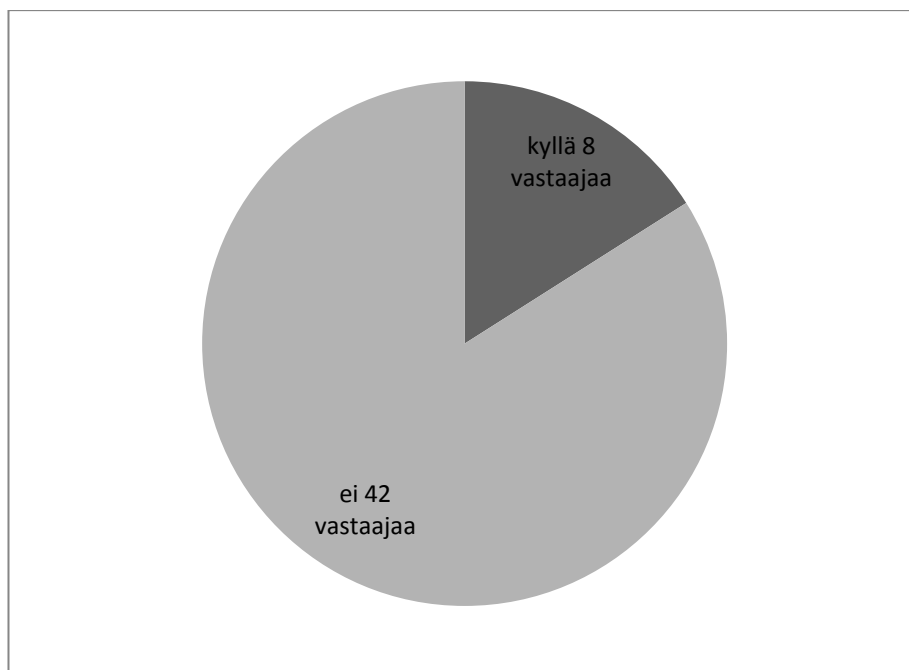
Jos opinnäytetyöni luotettavuutta tarkastellaan valiuksen, eli pätevyyden avulla, voidaan todeta, että kyselymittarini mittasi niitä asioita, joihin tutkimuksen avulla haluttiin vastauksia. Kyselylomakkeen avulla kerätyt vastaukset vastaavat opinnäytetyön tutkimusongelmiin.

Lisäksi, olen tarkasti kertonut toiminnastani avointen kysymysten parissa. Olen yksityiskohtaisesti selittänyt avointen kysymysten vastausten analysoinnin ja sen, kuinka olen saatuihin tuloksiin päätenyt. Työssäni olen jokaisessa työvaiheessa pyrkinyt välttämään mahdollisia virheitä ja noudattamaan hyvää tieteellistä käytäntöä.

9 TULOKSET

Kyselylomakkeessa oli yhteensä 10 kysymystä, joista 2 oli avoimia kysymyksiä ja loput monivalintakysymyksiä. Avoimiin kysymyksiin vastaajat saivat vapaasti vastata kirjallisesti omin sanoin. Monivalintakysymykset käsittelivät AUDIT-kyselyä ja sen teettämistä potilaille sekä hoitotyöntekijöille järjestettävää AUDIT-koulutusta.

Kyselyyn vastasi 50 yhteispäivystyksessä työskentelevää hoitotyöntekijää. Ensimmäinen kysymys käsitteli AUDIT-C:n kysymistä potilailta. Vastaajista 42 kertoi, ettei kysy AUDIT-C:tä jokaiselta potilaalta, vaikka potilaiden terveydentila sen sallisi. Kuviossa 1 on esitetty vastausten tulokset.

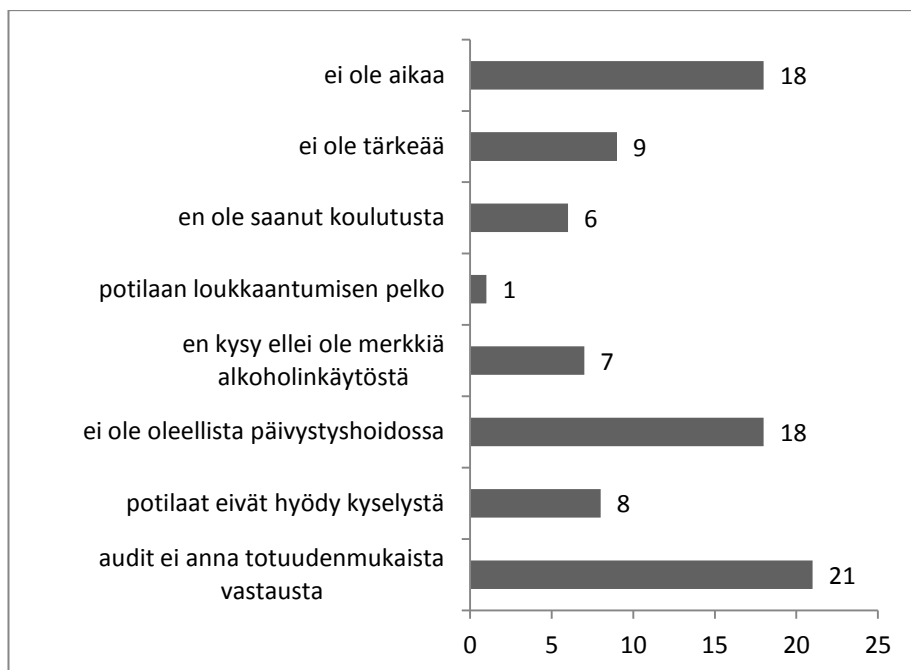


KUVIO 1. AUDIT-C-kyselyn kysyminen jokaiselta potilaalta

Toinen monivalintakysymys kartoitti hoitohenkilöiden eri syitä AUDIT-C:n kysymättä jättämiselle. Vastauksia kyselyn tekemättä jättämisen syiksi saatiin yhteensä 88. Vastaajat saivat valita vastausvaihtoehdoista useamman kuin yhden vaihtoehdon. Syyksi AUDIT-C:n tekemättä jättämiselle vastaajat ilmoittivat useimmiten, ettei kysely anna potilaiden alkoholin käytöstä totuuden mukaista vastausta. (21 vastaajaa)

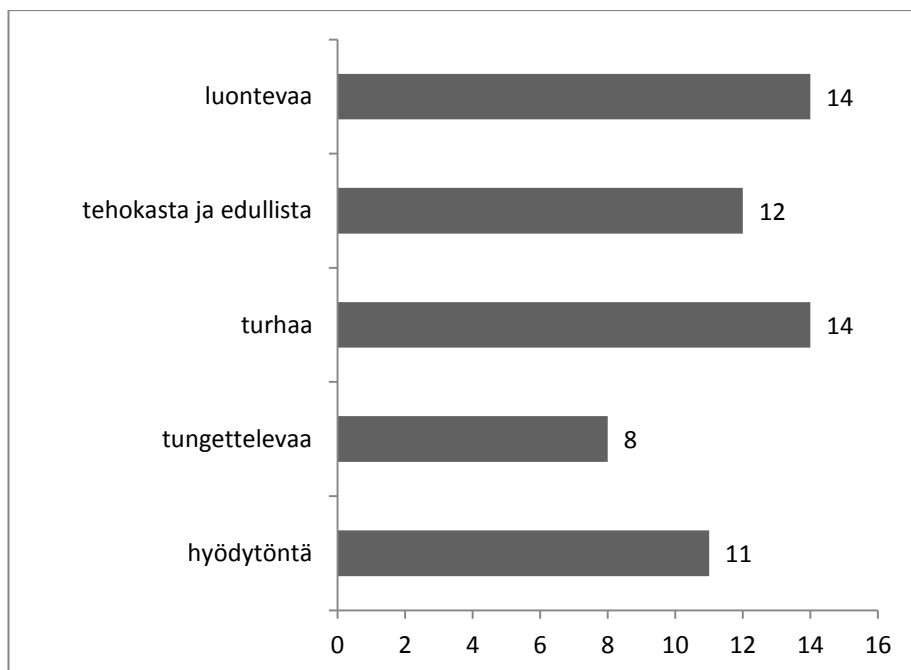
Seuraavaksi eniten AUDIT:n kysymättä jättämisen syiksi ilmoitettiin ajan puute (18 vastaajaa) ja se, ettei kysely ole oleellinen osa päivystyspotilaan hoitoa. (18 vastaajaa). Vastaajista yhdeksän oli sitä mieltä, ettei kyselyn tekeminen potilaille ole tärkeää ja se on syynä, miksi he eivät kyselyä tee.

Kahdeksan vastaajaa ilmoitti, että potilaat eivät heidän mielestään hyödy kyselystä, joten he jättävät sen kysymättä. Seitsemän vastaajista kertoi, etteivät kysy potilaan alkoholin käytöstä, ellei siitä ole selvää merkkiä. AUDIT-koulutuksen käymättömyys oli syynä kuudella vastaajalla kyselyn tekemättä jättämiselle. Vain yksi vastaajista ilmoitti AUDIT-C:n kysymättömyyden syyksi pelon potilaiden loukkaantumisesta alkoholin käyttöä kysyttäessä. Tulokset ovat esillä seuraavassa kuviossa.



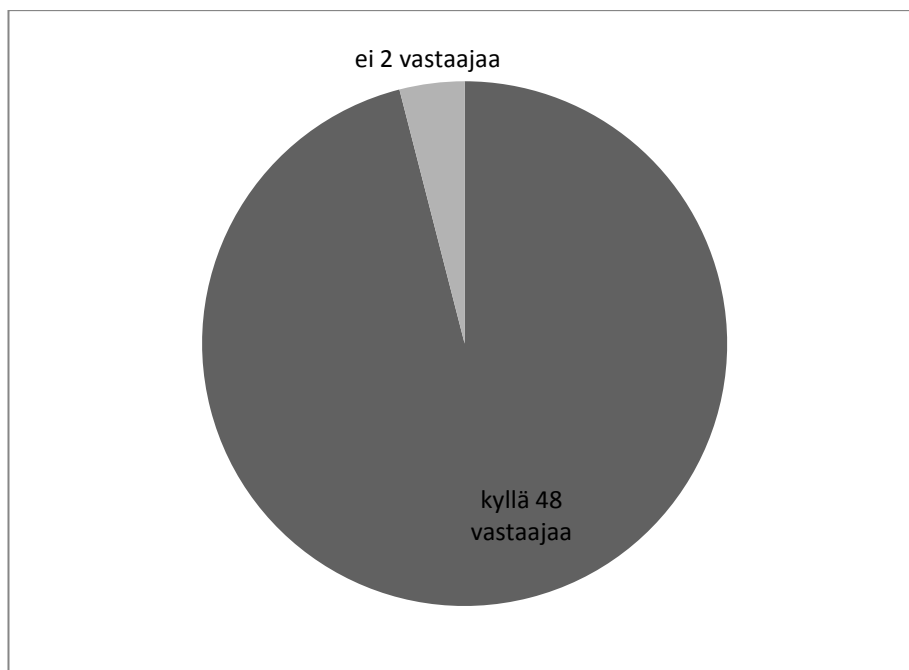
KUVIO 2. Syyt, miksi hoitotyöntekijät eivät kysy AUDIT-C:tä

Kysymys numero neljä koski alkoholin käytön tiedustelua potilaalta hoitotyöntekijöiden näkökulmasta. Tähän kysymykseen saatiin 59 vastausta. Hoitotyöntekijät saivat valita kysymykseen useamman kuin yhden vastausvaihtoehdon. Vastauksista ilmeni, että vastaajat kokevat alkoholin käytöstä kysymisen yhtä usein turhana kuin luontevanakin osana potilaan hoitoa. Molemmat vaihtoehdot keräsivät 14 vastausta. Vastaajista 12 oli sitä mieltä, että alkoholin käytön kysyminen on tehokas ja edullinen keino puuttua potilaan liialliseen alkoholin käyttöön. Vastaajista 11 piti alkoholin käytön tiedustelua hyödyttömänä potilaan kannalta. Vastaajista 8 koki tungettelevana kysyä potilaan alkoholin käytöstä. Vastaukset ovat nähtävillä kuviossa 3.



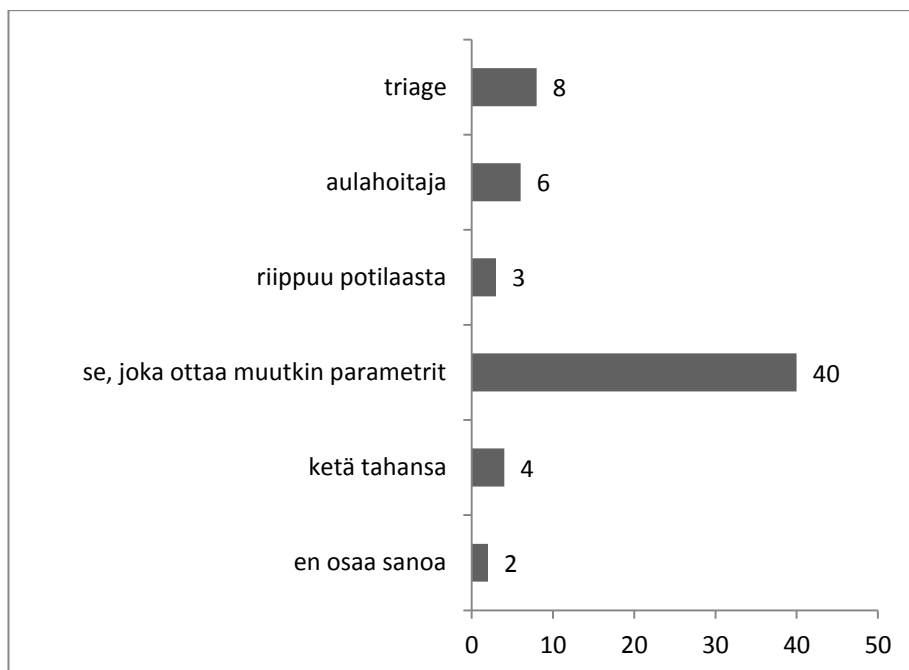
KUVIO 3. Alkoholin käytöstä kysyminen potilailta hoitotyöntekijöiden kokemana

Kysymys 5 tiedusteli hoitotyöntekijöiden tietoa siitä, miten heidän tulee toimia, jos potilaan alkoholin käytön riskirajat ylittyvät alkoholikyselyä tehdessä. Vastauksia tähän kysymykseen saatiin 50. Vastausvaihtoehtoina oli kyllä tai ei. Kuten kuviosta 4 voidaan havaita, vastaajista vain 2 ei tiennyt mitä heidän tulee tehdä, mikäli potilaan alkoholin käytön riskirajat ylittyvät. 48 vastasi tietävänsä, miten yhteispäivystyksessä tulee toimia, jos potilaan alkoholin käytön riskirajat ylittyvät alkoholin käytöstä kysyttäessä.



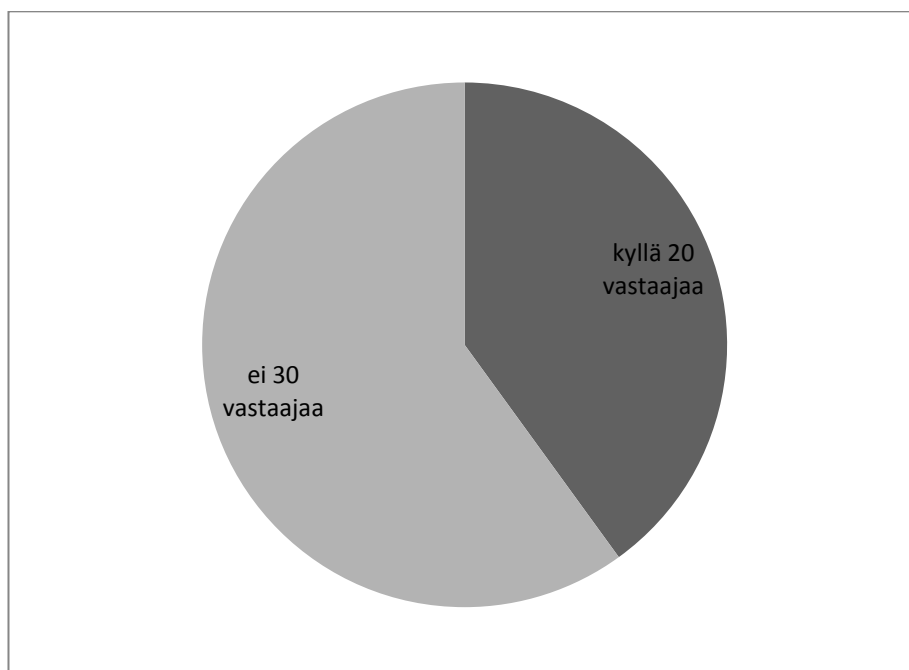
KUVIO 4. Hoitotyöntekijöiden tietoisuus yhteispäivystyksen toimintavoista potilaan alkoholin käytön riskirajojen ylittyessä

Monivalintakysymys numero 6 selvitti, kenelle hoitotyöntekijälle AUDIT-C:n kysyminen työvuorossa kuuluu. 2 vastaajista ei osannut sanoa, kenelle kyselyn tekeminen kuuluu. 3 vastaajaa oli sitä mieltä, että on potilaskohtaista, kenelle kyselyn tekeminen kuuluu. 4 koki AUDIT-C:n kysymisen kuuluvan kenelle tahansa hoitajalle työvuorossa. Aulahoitajan yhdeksi työtehtäväksi sen ilmoitti 6 vastaajaa. Työvuorossa triagehoitajan tulisi kysyä potilailta AUDIT-C 8 vastaajan mukaan. Ja kuten kuviosta 5 ilmenee, 40 vastaajaa oli sitä mieltä, että AUDIT-C:n kysyminen kuuluu sille hoitajalle, joka ottaa potilaasta muutkin parametrit. Parametreilla tarkoitetaan potilaan elintoimintoja kuvaavia arvoja, kuten verenpainetta, pulssia ja ruumiinlämpöä.



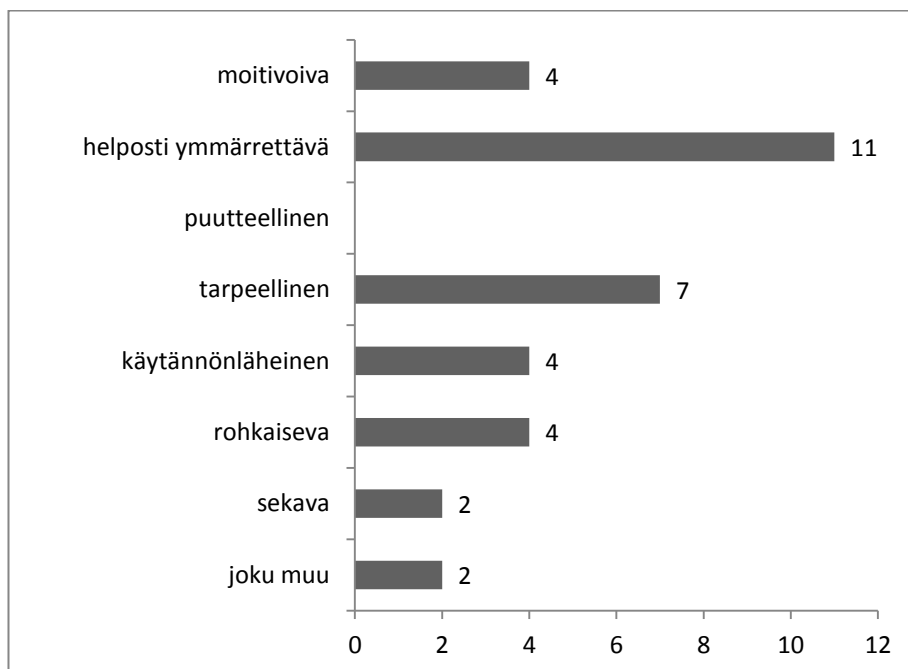
KUVIO 5. Hoitaja, jolle AUDIT-C:n kysyminen kuuluu työvuorossa

Kysymys numero 7 tiedusteli hoitotyöntekijöiden osallistumista AUDIT-koulutukseen. Vastauksia saatiin 50. Vastauksista käy ilmi, että hoitotyöntekijöistä AUDIT-koulutuksen on käynyt 20 ja vastaajista 30 ei ole osallistunut koulutukseen. Vastaukset ovat nähtävillä kuviosta 6.



KUVIO 6. AUDIT-koulutukseen osallistuminen

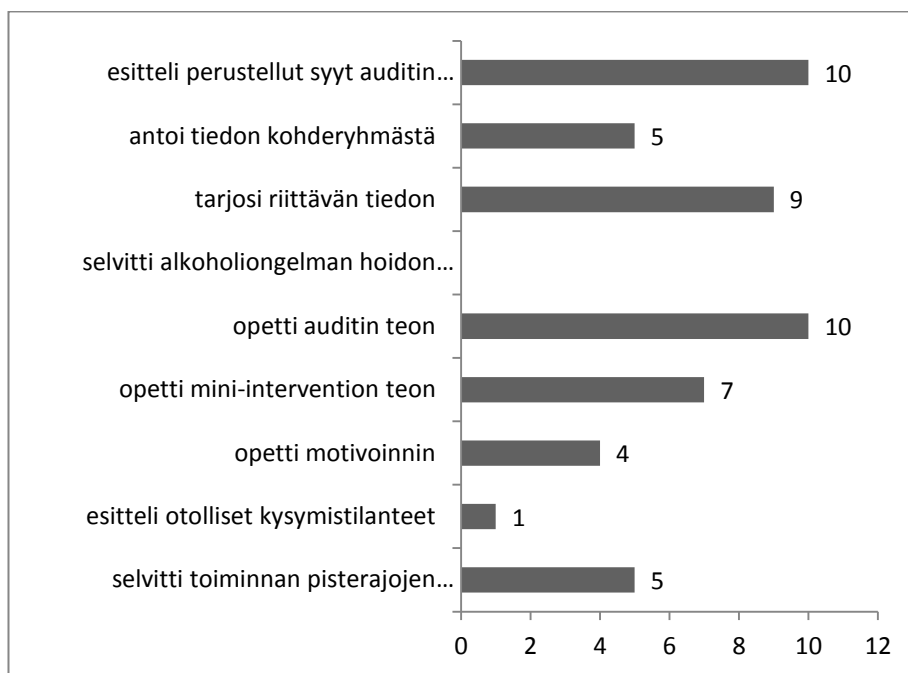
Kysymys 8 tiedusteli AUDIT-koulutuksen käyneiden hoitotyöntekijöiden mielipiteitä koskien koulutusta. Vastauksia saatiin kysymykseen 34. Vastaajat saivat valita useamman, kuin yhden vastausvaihtoehdon. Enemmistö vastaajista (11 vastaajaa) koki koulutuksen helposti ymmärrettävänä. 7 vastaajista koki koulutuksen tarpeellisenä. Motivoivana koulutuksen koki 4 vastaajaa. Käytännönläheisenä koulutusta piti niin ikään 4 vastaajaa. Rohkaisevana koulutus koettiin myös yhtä usein, 4 vastaajaa. Sekavana AUDIT-koulutuksen koki 2 vastaajaa. 2 vastaajaa koki koulutuksen jonain muuna ja kyselylomakkeista ilmeni molempien vastaajien kokeneen koulutuksen turhana. Ja kuten kuvioista 7 käy ilmi, kukaan vastaajista ei kokenut koulutusta puutteellisenä.



KUVIO 7. AUDIT-koulutus hoitotyöntekijöiden näkökulmasta

Viimeinen monivalintakysymys käsitteli AUDIT-koulutuksen sisältöä. Vastaajat saivat valita vastatessaan useamman kuin yhden vastausvaihtoehdon. Kysymykseen saatiin 51 vastausta. 10 vastaajaa kertoi saaneensa AUDIT-koulutuksesta perustellut syyt, miksi AUDIT:a tai AUDIT-C:tä potilaille tehdään. 10 vastaajaa ilmoitti AUDIT-koulutuksen opettaneen heitä tekemään AUDIT-kyselyjä. 9 vastaajista koki koulutuksen tarjonneen riittävän tiedon alkoholinkäytön riskirajoista ja alkoholianosten laskusta. 7 vastaajaa oli AUDIT-koulutuksessa oppinut antamaan mini-interventiota. AUDIT-koulutus antoi 5 vastaajan kokemana riittävät tiedot AUDIT-

kyselyn kohderyhmästä. 4 vastaajaa vastasi oppineensa motivoimaan potilasta alkoholin käytön vähentämisessä käytyään AUDIT-koulutuksen. Yhden (1) vastaajan mielestä AUDIT-koulutuksessa oli esitelty otolliset kysymistilanteet AUDIT:lle. Yhdenkään vastaajan mielestä, AUDIT-koulutuksen sisältö ei selvittänyt alkoholiongelman hoitoa paikallisesti. Tulokset ovat esillä alla olevassa kuviossa.



KUVIO 8. AUDIT-koulutus hoitotyöntekijöiden kokemana

Miksi AUDIT-C:tä kysytään potilailta?

Avoimia kysymyksiä oli kyselylomakkeessa 2. Tähän avoimeen kysymykseen saatiin 41 vastausta, joissa saattoi olla montakin vastausta lueteltuna samassa kyselylomakkeessa. Eli yksi hoitotyöntekijä on voinut kertoa useamman kuin yhden syyn, miksi AUDIT-C:tä hänen mielestään kysytään potilailta. Analysoidessani tuloksia, kirjoitin jokaisen vastauksen pelkistettynä erilliselle paperille. Tämän jälkeen ryhmittelin vastaukset eri otsikoiden alle. Valitsin kahdeksan eri luokitteluluokkaa, jotka nousivat selvimmin esiin vastauksista. Näitä olivat potilaan päihteiden käytön kartoittaminen, varhainen puuttuminen potilaan alkoholin riskikäyttöön, mahdollistaa lyhytneuvonnan antamisen potilaalle, hoidon ja informaation tarjoaminen potilaalle, potilaan

omaan alkoholin käyttöön herättely, alkoholista johtuvien haittojen ehkäisy ja muut syyt. Olen käyttänyt tässä myös suoria lainauksia kyselyn vastauksista.

Varhainen puuttuminen potilaan alkoholin riskikäyttöön mainittiin useimmiten syyksi AUDIT-C:n kysymiseen potilailta. Pääsääntöisesti vastaajat kertoivat AUDIT-C:tä kysyttävän, jotta potilaiden alkoholin riskikäyttöön tai liialliseen alkoholin käyttöön voidaan puuttua ajoissa. Tätä kuvattiin esimerkiksi seuraavilla tavoilla:

”Mahdollisuus tarttua potilaan liialliseen alkoholin käyttöön.”

”Voidaan puuttua ajoissa alkoholin riskikäyttöön”

”Aikainen vaikuttaminen potilaan liialliseen alkoholin käyttöön.”

Toiseksi eniten vastaajista kertoi AUDIT-C:n kysymisen syyksi potilaan päihteiden käytön kartoittamisen.

”Kartoitetaan potilaan alkoholin käyttöä.”

”Selvitetään potilaan suhdetta alkoholiin.”

”Jokaiselle potilaalle tehtynä saadaan seulottua liiallisesti alkoholia käyttävät”

”Löydetään riskikäyttäjät”

”Tehokas ja halpa keino havaita runsaasti alkoholia käyttävät potilaat”

Seuraavaksi eniten vastaajista oli sitä mieltä, että syynä AUDIT-C:n kysymiselle olivat muut syyt. Muita syitä AUDIT-C:n kysymiselle vastaajien mielestä olivat:

”Terveystiedon edistäminen on osa jokaista hoitoprosessia.”

”Tilastojen kaunistelu.”

”Alkoholin käyttö jatkuvassa kasvussa.”

”Potilaan alkoholin käytön tilastointi.”

”Hoitosuunnitelman teon helpottuminen.”

”Maksimissaan 30% vastaa AUDIT-C:n rehellisesti.”

Vastaajien mielestä seuraavaksi eniten syynä AUDIT-C:n kysymiselle oli potilaan herättely omaan alkoholin käyttöön. Näissä vastauksissa painotettiin potilaan havahduttamista omaan tilanteeseensa ja tilanteen vakavuuteen.

”Potilas havahtuu omaan juomiseensa.”

”Potilaan herättely omaan alkoholin käyttöön, jos se on liian runsasta.”

”Kannustetaan/rohkaistaan potilasta vähentämään alkoholinkäyttöä.”

”Potilaan havahduttaminen tilanteen vakavuuteen.”

”Alkoholin käyttö vaikuttaa potilaan terveydentilaan.”

Alkoholin käytöstä johtuvien haittojen ehkäisy, potilaalle hoidon ja tiedon tarjoaminen ja lyhytneuvonnan antamisen mahdollistaminen esiintyivät vähemmistön osassa syinä AUDIT-C:n kysymiselle vastauksissa, mutta olivat kuitenkin merkittäviä tekijöitä alkoholikyselyn tekemiselle.

”Päihdekeskustelun tarjoaminen.”

”Potilaiden ohjaaminen hoidon piiriin.”

”Kartoitetaan alkoholin vaikutusta vammoihin tai muuhun terveyteen.”

”Alkoholin käyttö usein sairauksien tai tapaturmien taustalla.”

”Tapaturmista suurin osa tapahtuu alkoholin vaikutuksen alaisena.”

”Yhteiskunta maksaa alkoholin liiallisesta käytöstä koituvat kustannukset.”

Oli mielenkiintoista huomata, kuinka paljon vastaajien antamat syyt AUDIT-C:n kysymiselle erosivat toisistaan. Monissa vastauksissa toistuivat samat asiat; varhainen puuttuminen riskikäyttöön ja potilaan päihteiden käytön kartoitus, mutta näistä eroavia vastauksia tuli myös jonkun verran. Vastausten perusteella Satakunnan sairaanhoitopiirin yhteispäivystyksen hoitohenkilöt ovat tietoisia siitä, miksi AUDIT-C:tä kysytään potilailta.

Mitä olisit toivonut koulutukselta mahdollisesti lisää?

Toinen avoin kysymys käsitteli AUDIT:n tekoa varten käytävää koulutusta ja yhteispäivystyksen hoitohenkilöiden kehittämisajatuksia AUDIT-koulutuksen sisältöön.

Kehittämisideoita koulutuksen kokonaisuuden parantamiseksi tuli vastauksista esille vain kaksi(2). Ensimmäinen vastauksista ehdotti, että koulutuksissa hoitotyöntekijöille ja muulle koulutettavalle henkilökunnalle tuotaisiin esille iäkkäille laaditut omat alkoholin riskikäytön rajat. Toinen vastaajista oli toivonut koulutuksen sisältöön liittävän henkilöstön motivoinnin.

”Iäkkäiden potilaiden osalla on olemassa eri viitearvot. Niitä kannattaa nyt jatkossa opettaa, jottei ei mentäisi vikaan.”

”Henkilöstön motivointia.”

10 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Opinnäytetyöni tarkoituksena oli selvittää, miten AUDIT-C-kyselyn tekeminen potilaille toteutuu Satakunnan sairaanhoitopiirin yhteispäivystyksessä hoitotyöntekijöiden osalta. Tarkoituksena oli myös saada selville niiden hoitotyöntekijöiden kokemuksia AUDIT-koulutuksesta, jotka sen ovat käyneet. Tavoitteena oli myös kartoittaa koulutuksen käyneiden hoitotyöntekijöiden mahdollisia kehittämisideoita koulutuksen sisältöön.

Tavoitteena oli saada tätä tutkimusta varten laaditulla kyselylomakkeella tietoa opinnäytetyön tutkimusongelmiin. Kyselylomakkeet postitettiin jokaiselle maaliskuussa 2012 yhteispäivystyksessä työskennelleelle hoitotyöntekijälle sisäisessä postissa. Postitettuja kyselylomakkeita oli 103. Kyselylomakkeita palautui takaisin 50. Kyselylomake koostui kahdeksasta monivalintakysymyksestä ja kahdesta avoimesta kysymyksestä. Kysymykset käsittelivät AUDIT-C:n kysymistä potilailta, kyselyyn liittyvää toimintaa ja mahdollisia haasteita. Osa kysymyksistä käsitteli hoitotyöntekijöille suunnattua AUDIT-koulutusta, johon osa vastanneista oli osallistunut.

Ensimmäinen tutkimuskysymys selvitti, kysyvätkö hoitotyöntekijät AUDIT-C:tä potilailta. Vain 8 hoitotyöntekijää viidestäkymmenestä vastanneesta ilmoitti kysyvänsä AUDIT-C:n potilaalta aina, kun se potilaan tila sen mahdollistaa. Ohjeet AUDIT-C:n

kysymiseen jokaiselta potilaalta yhteispäivystyksessä on tullut siellä työskenteleviltä yhteispäivystyksen esimiehiltä, ensihoidon ja päivystyksen toimialuejohtajalta Eija Vaulalta sekä toimialueylihoitajalta Riitta Mikkoselta ja asia on sovittu myös satakunnan sairaanhoitopiirin johtavan ylilääkärin Olli Wanteen kanssa. (Hakala sähköposti 12.4.2012.)

Toinen tutkimuskysymys selvitti syitä AUDIT-C:n kysymättä jättämiselle. Yleisimmät syyt olivat, ettei kysymiselle ole aikaa, ja ettei AUDIT-C:n kysyminen ei ole olennainen osa päivystyspotilaan hoitoa. Eniten vastanneista oli sitä mieltä, ettei AUDIT-C anna totuudenmukaista vastausta ja jättävät sen siksi kysymättä. AUDIT on suositeltu menetelmä alkoholin ongelmakäytön seulonnassa. AUDIT on parempi menetelmä kuin yksikään laboratoriotestit. Se tunnistaa kahdeksan alkoholin ongelmakäyttäjää kymmenestä, kuitenkin niistä jotka AUDIT-testin mukaan juovat liikaa, kaksi kymmenestä eivät sitä tee.

18 vastaajaa vastasi, ettei AUDIT-C:n kysyminen ole olennainen osa päivystyspotilaan hoitoa, vaikka sen tulisi olla osa jokaisen potilaan hoitoa. Kaikilta aikuispotilaalta tulisi kysyä alkoholin käyttöä ja myös humalajuomista. (Alkoholi ja perusterveydenhuolto, 2005, 7.) Yhtä monta vastaajaa oli myös sitä mieltä, ettei AUDIT-C:n kysymiselle ole aikaa. AUDIT-C on kehitetty kiireisiin työympäristöihin, koska koko AUDIT:lle on harvoin aikaa. AUDIT-C:n kysymiseen menee yhtä kauan aikaa kuin verenpaineen mittaamiseen, joten ajan puute ei voi olla syynä kyselyn tekemättä jättämiselle (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 21).

Hoitotyöntekijöistä enemmistö kokee AUDIT-kyselyn negatiivisena. 33 vastaajaa pitää kyselyä turhana, tungettelevana tai hyödyttömänä potilaan kannalta. 26 vastaajaa taas pitää kyselyä luontevana tai tehokkaana ja edullisena tapana puuttua potilaan liialliseen alkoholinkäyttöön. Hoitotyöntekijöiden negatiiviset asenteet kyselyä kohtaan vaikuttavat todennäköisesti kyselyn tekoon haitallisella tavalla. Jos hoitotyöntekijät yhteispäivystyksessä uskoisivat AUDIT-C:n tehoon, sitä kysyisi potilailta luultavammin useampi hoitotyöntekijä, kuin mitä tulosten perusteella saatiin selville.

Lähes kaikki hoitotyöntekijät ilmoittivat tietävänsä, miten heidän tulee toimia, jos potilaan alkoholinkäytön riskirajat ylittyvät alkoholikyselyä tehdessä. Hoitotyöntekijöitä on AUDIT-koulutuksessa opastettu antamaan potilaille lyhytneuvontaa ja hoitotyöntekijöille on kerrottu myös mahdollisuudesta siihen, että päihdetyöntekijä tulee tarvittaessa antamaan potilaalle mini-interventiota tai vaihtoehtoisesti potilas saa mahdollisuuden pidempikestoiseen päihdekeskusteluun koulutetun hoitajan kanssa, mikäli potilas on itse siihen halukas. (Hakala sähköposti 12.4.2012.)

Suurin osa vastaajista ilmoitti AUDIT-C:n kysymisen kuuluvan hoitotyöntekijälle, joka muiltakin osin vastaa potilaan hoidosta työvuorossa. Vain muutama vastaajista oli eri mieltä. Osastotunnilla, jossa viikoittain yhteispäivystyksessä käydään ajankoh-
taisia asioita läpi, myös tämä asia on yhdessä esimiesten ja osan hoitotyöntekijöistä kanssa päätetty niin, että AUDIT-C:n kysyminen kuuluu aulahoitajalle tai sille hoitotyöntekijälle, joka muutenkin vastaa potilaan hoidosta. (Hakala sähköposti 12.4.2012.)

AUDIT-koulutuksesta kysyttäessä vain 20 vastaajaa ilmoitti osallistuneensa koulutukseen. Yhteispäivystyksen esimiehet ovat valinneet nämä henkilöt, jotka koulutukseen ovat osallistuneet. Koulutukset eivät ole olleet pakollisia, mutta työvuorot on suunniteltu osallistuvien osalta niin, että koulutus on otettu huomioon. (Hakala sähköposti 12.4.2012.) Koulutukseen osallistuneiden alhainen määrä saattaa vaikuttaa haitallisesti AUDIT-C: tekemiseen. 6 vastaajaa kertoi syyksi AUDIT-C:n kysymättä jättämiselle koulutuksen puutteen. Perusterveydenhuollossa yksi syistä potilaan alkoholin käytöstä kysymättä jättämiselle on juuri riittämätön koulutus (Alkoholi- ja perusterveydenhuolto, 5).

AUDIT-koulutukseen oltiin vastausten perusteella pääosin tyytyväisiä. 30 vastausta piti koulutusta tarpeellisena, käytännönläheisenä, rohkaisevana, motivoivana tai helposti ymmärrettävänä. Vain 2 vastaajaa piti koulutusta sekavana ja 2 vastaajaa turhana. Enemmistö suhtautuu vastausten perusteella koulutukseen positiivisesti. Koulutuksen sisältöön oltiin oletetusti tyytyväisiä, sillä kehittämisideoita AUDIT-koulutuksen sisältöön ei tullut kuin kaksi.

Tuloksista on tärkeää havaita, että vain 8 hoitotyöntekijää 50:stä ilmoitti tekevänsä usealta taholta ohjeistetun AUDIT-C-alkoholikyselyn. Kyselyä toteuttavien osuus on yllättävän pieni. Opinnäytetyössäni tuli esille syitä tähän vähäiseen kyselyn toteuttamiseen. Hoitotyöntekijät mainitsivat suurimpina syinä ajan puutteen ja sen, ettei AUDIT-C-kysely anna totuudenmukaisia vastauksia alkoholinkäytöstä sekä sen, ettei kysely ole oleellinen osa päivystyspotilaan hoitoa. Mielestäni yhteispäivystyksessä asiaan tulisi kiinnittää aiempaa enemmän huomiota, jotta kyselyn tekeminen potilaille runsastuisi.

Hoitotyöntekijöiden kouluttaminen ja motivointi ovat avainasemassa kyselyn tekemisen runsastumisen kannalta. Opinnäytetyöhön saatujen vastausten perusteella AUDIT-koulutus on koettu siihen osallistuneiden keskuudessa tarpeellisenä ja motivoivana, joten AUDIT-koulutuksen lisääminen hoitotyöntekijöiden keskuudessa tuntuu varsin tärkeältä potilaiden alkoholin käytön puheeksi ottamisen ja AUDIT-C:n kysymisen kannalta. AUDIT-koulutuksen sisältöön on vastausten perusteella oltu tyytyväisiä. Puolet koulutuksen käyneistä kertoo koulutuksen antaneen perustellut syyt AUDIT-C:n tekoon ja puolet vastanneista koki oppineensa koulutuksessa tekemään AUDIT-C:n.

Kehittämisideoita AUDIT-koulutuksen sisältöön tuli esille kaksi. Yhden vastauksen mukaan iäkkäille henkilöille on olemassa omat rajat alkoholin riskikäytölle ja tässä vastauksessa toivottiin kouluttajan ottavan esille seuraavissa AUDIT-koulutuksissa nämä senioreille tarkoitetut rajat. Toinen kehittämisidea toivoi parannusta hoitotyöntekijöiden motivointiin AUDIT-koulutuksissa. Koska AUDIT-C-kyselyn toteuttaminen on suuresti kiinni hoitotyöntekijöiden motivaatiosta, on tämän kehittämisidean jatkopohdinta hyvin tärkeää.

AUDIT-koulutuksen tarjoaminen useammalle hoitotyöntekijälle ja hoitotyöntekijöiden motivointi lisääisivät todennäköisesti AUDIT-C:n kysymistä potilailta ja sitä kautta edistäisivät varhaista puuttumista potilaiden alkoholin riskikäyttöön yhteispäivystyksessä.

LÄHTEET

Aalto, M. 2010a. Lyhytneuvonnan eli mini-intervention toteutus ja teho. Teoksessa K. Seppä & H. Alho (toim.) Alkoholiiriippuvuus. Helsinki: DUODECIM, 34-37.

Aalto, M. 2010b. Alkoholin ongelmakäytön eri muodot. Teoksessa K. Seppä & H. Alho (toim.) Alkoholiiriippuvuus. Helsinki: DUODECIM, 8-9.

Aalto, M. 2010c. Alkoholiiriippuvuuden diagnoosi. Teoksessa K. Seppä & H. Alho (toim.) Alkoholiiriippuvuus. Helsinki: DUODECIM, 40-41.

Aalto, M. 2010d. Ongelmakäyttö tulisi tunnistaa ennen alkoholiiriippuvuuden kehittymistä. Teoksessa K. Seppä & H. Alho (toim.) Alkoholiiriippuvuus. Helsinki: DUODECIM, 32.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13.-14. uud. p. Helsinki: Tammi

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uud. p. Helsinki: Tammi

Kiianmaa, K. 2010. Psykkinen ja fyysinen riippuvuus alkoholista. Teoksessa K. Seppä & H. Alho (toim.) Alkoholiiriippuvuus. Helsinki: DUODECIM, 25.

Koponen, L. & Sillanpää, K. 2005. Potilaan hoito päivystyksessä. Tammi. Helsinki.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 1, 3-7.

Käypä hoidon www-sivut. Viitattu 16.4.2012.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50028?hakusana=alkoholi>

Kääriäinen, J. 2010. Stepwise, tailored implementation of brief alcohol intervention for risky drinkers in health care. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Viitattu 22.1.2012. <http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-8283-0.pdf>

Mini-intervention jalkauttaminen terveyskeskuksiin ja työterveyshuoltoon. 2008. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Selvityksiä 2008:10. Helsinki: Yliopistopaino.

Pakka-hankkeen www-sivut 2012a. Viitattu 15.4.2012.

<http://www.porinpakka.fi/etusivu>

Pakka-hankkeen www-sivut 2012b. Viitattu 15.4.2012.

<http://www.porinpakka.fi/hankkeen-taustaa>

Porin kaupungin www-sivut 2012. Viitattu 15.4.2012.

<http://www.pori.fi/perusturva/paivystys.html>

Päihdelinkin www-sivut 2012. Viitattu 2.5.2012.

<http://www.paihdelinkki.fi/alkoholineuvonnan-opas/kartoitus-audit-testilla>

Riskikulutuksen varhainen tunnistaminen ja mini-interventio- hoitosuositusten yhteenvedo. 2006. Helsinki. Työterveyslaitos ja sosiaali- ja terveysministeriö.

Satakunnan sairaanhoitopiirin www-sivut 2012. Viitattu 15.4.2012.

http://www.satshp.fi/portal/page?_pageid=108,1&_dad=wportal&_schema=WPORTAL

Seppä, K. & Aalto, M. 2009. Lyhyet alkoholikyselytestit Suomen riskikuluttajilla. Teoksessa T. Tammi & M. Aalto (toim.) Irti päihdeongelmista. Porvoo: Bookwell Oy, 109-112.

Terveystenhuoltolaki. 2010. L 3-4.2010/1326 muutoksineen.

Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen www-sivut. Viitattu 24.4.2012.

<http://www.stakes.fi/FI/ajankohtaista/Tiedotteet/2008/081212.htm>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi

Valviran www-sivut. Viitattu 23.4.2012.

http://www.valvira.fi/valvira/lehdistotiedotteet/alkoholin_kokonaiskulutus_ennallaan_-_alkoholihaittoja_edellisvuotta_enemman



Alkoholinkäytön riskit (AUDIT)

Käytätkö alkoholia kohtuullisesti, sopivasti vai liikaa? Onko alkoholin käytöstä sinulle enemmän iloa vai haittaa? Oletko joskus halunnut vähentää juomistasi tai lopettaa sen kokonaan? Voit itse testata ja arvioida omaa juomistasi. Ole hyvä ja rastita lähinnä oikeaa oleva vastaus (suluissa vastauksen pistemäärä).

1. Kuinka usein juot olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia? Koeta ottaa mukaan myös ne kerrat, jolloin nautit vain pieniä määriä, esim. pullon keskiosaa tai tilkan viiniä.

- ☐ ei koskaan (0)
- ☐ noin kerran kuussa tai harvemmin (1)
- ☐ 2-4 kertaa kuussa (2)
- ☐ 2-3 kertaa viikossa (3)
- ☐ 4 kertaa viikossa tai useammin (4)

2. Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olet ottanut niinä päivinä, jolloin käytit alkoholia?

- ☐ 1-2 annosta (0)
- ☐ 3-4 annosta (1)
- ☐ 5-6 annosta (2)
- ☐ 7-9 annosta (3)
- ☐ 10 tai enemmän (4)

3. Kuinka usein olet juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?

- ☐ en koskaan (0)
- ☐ harvemmin kuin kerran kuussa (1)
- ☐ kerran kuussa (2)
- ☐ kerran viikossa (3)
- ☐ päivittäin tai lähes päivittäin (4)

4. Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et pystynyt lopettamaan alkoholinkäyttöä, kun aloit ottaa?

- ☐ ei koskaan (0)
- ☐ harvemmin kuin kerran kuussa (1)
- ☐ kerran kuussa (2)
- ☐ kerran viikossa (3)
- ☐ päivittäin tai lähes päivittäin (4)

5. Kuinka usein viime vuoden aikana et ole juomisesi vuoksi saanut tehtyä jotain, mikä tavallisesti kuuluu tehtäviisi?

- ☐ en koskaan (0)
- ☐ harvemmin kuin kerran kuussa (1)
- ☐ kerran kuussa (2)
- ☐ kerran viikossa (3)
- ☐ päivittäin tai lähes päivittäin (4)

6. Kuinka usein viime vuoden aikana runsaan juomisen jälkeen tarvitsit aamulla olutta tai muuta alkoholia päästäksesi paremmin liikkeelle?

- ☐ en koskaan (0)
- ☐ harvemmin kuin kerran kuussa (1)
- ☐ kerran kuussa (2)
- ☐ kerran viikossa (3)
- ☐ päivittäin tai lähes päivittäin (4)

1 annos	
	0,33 l pullo tai tölkki III-olutta tai siideriä
	12 cl lasi mietoa viiniä
	4 cl annos väkeviä
1,5 annosta	
	0,5 l tuoppi tai 0,5 l pullo III-olutta

7. Kuinka usein viime vuoden aikana tunsit syyllisyyttä tai katumusta juomisen jälkeen?

- ☐ en koskaan (0)
- ☐ harvemmin kuin kerran kuussa (1)
- ☐ kerran kuussa (2)
- ☐ kerran viikossa (3)
- ☐ päivittäin tai lähes päivittäin (4)

8. Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et juomisen vuoksi pystynyt muistamaan edellisen illan tapahtumia?

- ☐ en koskaan (0)
- ☐ harvemmin kuin kerran kuussa (1)
- ☐ kerran kuussa (2)
- ☐ kerran viikossa (3)
- ☐ päivittäin tai lähes päivittäin (4)

9. Oletko itse tai onko joku muu satuttanut tai loukannut itseään sinun alkoholinkäyttösi seurauksena?

- ☐ ei (0)
- ☐ on, mutta ei viimeisen vuoden aikana (2)
- ☐ kyllä, viimeisen vuoden aikana (4)

10. Onko joku läheisesi tai ystäväsi, lääkäri tai joku muu ollut huolissaan alkoholinkäytöstäsi tai ehdottanut että vähentäisit juomista?

- ☐ ei koskaan (0)
- ☐ on, mutta ei viimeisen vuoden aikana (2)
- ☐ kyllä, viimeisen vuoden aikana (4)

LIITE 2

Kyselylomake yhteispäivystykseen

Valintakysymyksissä voit valita useamman kuin yhden vaihtoehdon. Avoimissa kysymyksissä (kohdat 3 ja 5) vastaustilaa on muutama rivi, joihin voit vastata omin sanoin. Luethan kysymykset huolella. Kiitos osallistumisestasi!

1. Teetkö AUDIT-C kyselyn jokaiselle täysi-ikäiselle potilaalle, jos potilaan terveydentila sen sallii?
a) Kyllä b) En

2. Jos et, miksi?

- | | |
|--|---|
| a) Ei ole aikaa | e) Jos ei merkkiä alkoholin käytöstä, en kysy |
| b) En pidä kysymistä tärkeänä | f) Ei ole olennainen osa päivystyspotilaan hoitoa |
| c) En ole saanut koulutusta sen tekemiseen | g) Potilaat eivät hyödy sen kysymisestä |
| d) Pelko, että potilas loukkaantuu jos kysyn | h) AUDIT- kysely ei anna totuudenmukaista vastausta |

3. Miksi AUDIT-C:tä kysytään potilailta?

4. Koetko alkoholinkäytöstä kysymisen potilaalta

- a) Luontevana, se on yksi osa muuta kliinistä toimintaa
- b) Hyödyllisenä, se auttaa tunnistamaan alkoholin riskikäyttäjiä
- c) Tehokkaana ja edullisena keinona puuttua potilaan mahdolliseen liialliseen alkoholin käyttöön
- d) Turhana, vie tehokasta työaikaa
- e) Tungettelevana, on liian henkilökohtaista kysyä alkoholinkäytöstä, potilaat eivät ole tilivelvollisia hoitajalle
- f) Hyödyttömänä, potilaat eivät hyödy kyselystä mitenkään

5. Tiedätkö miten sinun tulee toimia, jos potilaasi riskirajat ylittivät AUDITia tehdessä?

- a) Kyllä b) En

6. Kenen hoitajan tehtäviin AUDITIN kysyminen kuuluu työvuorossa?

- | | |
|--------------------|---|
| a) TRIAGE-hoitajan | c) Sille, joka ottaa muutkin parametrit |
| b) Auliksen | d) Kenelle tahansa |
| c) En osaa sanoa | e) Riippuu potilaasta |

7. Oletko käynyt AUDITiin liittyvän koulutuksen?

- | | |
|----------|-------|
| a) Kyllä | b) En |
|----------|-------|

8. Jos olet, koitko koulutuksen

- | | |
|----------------------------|------------------------|
| a) Motivoivana | e) Käytännönläheisenä |
| b) Helposti ymmärrettävänä | f) Rohkaisevana |
| c) Puutteellisena | g) Sekavana |
| d) Tarpeellisena | h) Jonain muuna, minä? |

9. Mini-interventiokoulutus

- a) Esitteli perustellut syyt, miksi AUDITIA tehdään
- b) Antoi tiedon kohderyhmästä, jolle kysely tehdään
- d) Tarjosi riittävän tiedon alkoholinkäytön riskirajoista ja alkoholiannoksien laskusta
- e) Selvitti alkoholiongelman hoidon paikallisesti
- f) Opetti, kuinka AUDIT-C:tä tehdään
- g) Opetti toteuttamaan mini-interventiota
- h) Opetti motivoimaan potilasta alkoholinkäytön vähentämisessä
- i) Esitteli AUDIT-C:lle otolliset kysymistilanteet
- j) Selvitti, mitä tehdä kun AUDITin pisterajat ylittävät potilaalla

10. Mitä olisit toivonut koulutukselta mahdollisesti lisää?



SATAKUNNAN AMMATTIKORKEAKOULU
SATAKUNTA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OP07A

SAMK / Sopimus opinnäytetyön tekemisestä

Opinnäytetyön tekijä: <u>Eevaleena Kaasinen</u>	Opiskelijanumero: <u>0801116</u>	Aloituserhmä: <u>HT08P</u>
Koulutusohjelma: <u>Hoitotyön koulutusohjelma/sairaanhoitaja</u>		
Opinnäytetyötä ohjaavan opettajan nimi, sähköposti, puhelinnumero ja osoite: <u>Minna Kuusisto</u> <u>Minna Kuusisto@samk.fi, 044-7103771</u>		
Toimeksiantaja, yhteyshenkilön nimi, sähköposti, puhelinnumero ja osoite: <u>Pakka-hanke / Sari Ilvonen, Satakunnan sairaanhoitopiiri/yhteis-</u>		
Opinnäytetyön nimi: <u>AUDIT-C:n teettäminen potilaille yhteis-</u> <u>paritystyksessä</u>		
Työn etenemisaikataulu: Tarkempi selvitys on sopimuksen liitteenä olevassa hyväksytyssä tutkimus-/projektisuunnitelmassa.		
<p>Vakuutukset. Jos opinnäytetyö tehdään kokonaan tai osittain työsuhteessa palkkaa vastaan, niin toimeksiantajan on laadittava asianmukainen kirjallinen työsopimus. Työnantaja huolehtii lainmukaisista vakuutuksista, sillä ammattikorkeakoulun vakuutukset eivät kata työsuhteessa tehtävän opinnäytetyön tekijää.</p> <p>Opinnäytetyön kustannukset ja niiden korvaaminen. Opinnäytetyöstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten (ml. Aineiston hankinta, raaka-aineet, matkat, työkorvaus jne.) korvaamisesta sopivat toimeksiantaja ja opiskelija keskenään. Pääsääntöisesti Satakunnan ammattikorkeakoulu ei vastaa yksittäisen opinnäytetyön kustannusten korvaamisesta.</p> <p>Oikeudet opinnäytetyön tuloksiin. Toimeksiantaja saa käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin ja niiden kaupalliseen hyödyntämiseen. Opinnäytetyön tekijä on velvollinen raportoimaan opinnäytetyön tulokset toimeksiantajalle.</p> <p>Immateriaalioikeudet. Tekijänoikeus ja muut immateriaalioikeudet opinnäytetyöhön kuuluvat opinnäytetyön tekijälle. Opinnäytetyön tekijä ja toimeksiantaja sopivat erikseen, missä laajuudessa tekijänoikeus tai muut immateriaalioikeudet siirtyvät toimeksiantajalle.</p> <p>Opinnäytetyön ohjaus ja vastuu. Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Ammattikorkeakoulu vastaa työn ohjauksesta, seurannasta ja työn riittävistä laatuvaatimuksista. Ammattikorkeakoulu ei ole taloudellisesti vastuussa työn tuloksista tai aikataulusta. Opinnäytetyön tekijä ei vastaa toimeksiantajalle vahingosta, joka toimeksiantajalle syntyy opinnäytetyön viivästymisestä, ellei erikseen toisin sovit. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta. Opiskelija sitoutuu palauttamaan toimeksiantajalle työn aikana saamansa luottamuksellisen aineiston, kun opinnäytetyö on valmistunut, tai kun osapuolet yhdessä toteavat, että yhteistyöedellytyksiä opinnäytetyön loppuun saattamiseksi ei ole.</p> <p>Tulosten julkistaminen ja luottamuksellisuus. Opinnäytetyö on kokonaisuudessaan julkinen. Mikäli opinnäytetyö sisältää liikesalaisuuksia tai muuta julkisuuslaissa salassa pidettäviä tietoja, on opinnäytetyön raportti laadittava niin, että tietojen luottamuksellisuus säilyy. Tarvittaessa salassa pidettävät tiedot on jätettävä työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyö tai sen osia voidaan julkaista myös internetissä sopimalla niistä erikseen. Opinnäytetyön osapuolet (opiskelija, toimeksiantaja ja opettaja) sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat sekä pidättäytymään käyttämästä hyväkseen toisen osapuolen ilmaisemia luottamuksellisia tietoja ilman erillistä lupaa.</p> <p>Tätä sopimusta koskevat erimielisyydet pyritään ratkaisemaan ensisijaisesti neuvottelemalla osapuolten kesken. Mikäli asiasta ei päästä sopimukseen, erimielisyydet ratkaistaan Satakunnan käräjäoikeudessa.</p> <p>Tätä sopimusta on laadittu kappaleita, yksi kullekin osapuolelle.</p> <p>Satakunnan ammattikorkeakoululla on oikeus käyttää yhteistyöhanketta referenssinä ammattikorkeakoulun työelämäyhteyksistä, mukaan lukien SAMKin yhteistyötietokanta, johon voi tehdä hakuja internetissä. Opinnäytetyöstä näkyvät otsikko, organisaatio ja organisaation yhteyshenkilö. Hanketta voidaan lisäksi hyödyntää ammatillisen korkeakoulutuksen tavoitteita edistävistä esim. opetusmateriaalina tai -metodina edellyttäen, ettei hankkeeseen sisältyneiden tietojen luottamuksellisuutta vaaranneta.</p>		
Päiväys: <u>2.3.2012</u>		
Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus, nimen selvennys: <u>Riitta Mikkonen</u> <u>toimialuejohtaja</u> <u>Riitta Mikkonen</u>	Koulutusjohtajan/toimialajohtajan allekirjoitus ja nimen selvennys: <u>Antti Mäkelä</u>	
Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus: <u>Eevaleena Kaasinen</u>		

Sisältövastaava: Anne Sankari

Tarkistettu viimeksi: 22.11.2010